

*Programa de detección precoz, acción
y prevención de malos tratos a
personas mayores*

Saioa Martínez Casarejo

Facultad de Ciencias de la Salud
Máster en Salud Pública

Trabajo Fin de Máster

*“Programa de detección
precoz, acción y prevención de
malos tratos a personas
mayores”*

Saioa Martínez Casarejo

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster de Salud Pública

El presente trabajo denominado “Programa de detección precoz, acción y prevención de malos tratos a personas mayores”, ha sido supervisado y aprobado por la profesora /tutora Inés Aguinaga Ontoso, de la Universidad Pública de Navarra, para su presentación y defensa ante el tribunal que calificará los TFM de salud pública del curso 2014-15

RESUMEN

El siguiente proyecto se realiza porque se plantea la necesidad de resaltar en la sociedad actual, el tema de los malos tratos a personas mayores.

Los malos tratos a personas mayores son un problema que siempre ha existido pero aun hoy en día sigue sin destaparse. Se considera como un problema grave y de actualidad que sigue siendo encubierto por la sociedad como si no existiese; es por esta principal razón por la que se desarrolla este trabajo.

El siguiente proyecto se plantea como tal, debido a que no existe actualmente, un programa destinado a los malos tratos a personas mayores como tal, en la Comunidad Autónoma de Navarra.

Consiste en un programa que comprende un proceso que va desde la detección de los malos tratos hasta su prevención. Es un programa que se desarrolla sobre cuatro líneas de actuación destinadas a la sospecha, la detección, la acción y la prevención de los malos tratos a personas mayores.

Su pretensión es ser instaurado en Atención Primaria en la cotidianidad de los profesionales, viendo que esta forma es la más idónea de que los MTPM (Malos Tratos a Personas Mayores) sean detectados.

Palabras Clave: MTPM, sospecha, detección, actuación, prevención, legislación, factores de riesgo.

ABSTRACT

The following project is realized because there appears the need to highlight in the current society, the topic of the ill-treatment major persons.

The ill-treatment to major persons is a problem that always has existed but nowadays it continues without getting uncovered. It's considered a problem and of current importance that continues being concealed by the society as if it did not exist; it's for this principal reason for the one that develops this work.

The following project appears as such, because that it doesn't exist nowadays a program destined for the ill-treatment to major persons, in Navarra.

It's a process that goes from the detection of the ill-treatment up to his prevention.

Is a program that develops on four lines of action destined to the suspicion, the detection, the action and the prevention of the ill-treatment to major persons.

It will be restored in primary care in the commonness of the professionals, seeing that this form is the most suitable of that the MTPM (Ill-treatment) are detected .

Keywords: MTPM, Suspicion, detection, action, prevention, legislation, factors of risk.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. PREVALENCIA E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA EN ESPAÑA	6
1.2. PREVALENCIA E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA EN NAVARRA...	12
1.3. MARCO LEGAL Y DERECHOS FUNDAMENTALES.....	17
1.3.1. Normativa legal relacionada con los malos tratos a personas mayores....	17
1.3.2. El maltrato a personas mayores en el código penal.....	20
1.3.3. Legislación específica actual	22
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	23
1.4.1. Antecedentes del tema	23
1.4.1.1. Definición de malos tratos a personas mayores	23
1.4.1.2. Teorías causales de malos tratos	25
1.4.1.3. Tipos de malos tratos a personas mayores.....	30
1.4.1.4. Situaciones de riesgo asociadas a los MTPM	33
1.4.1.5. Prevención de los MTPM	39
2. ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA.....	41
3. OBJETIVOS.....	44
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	44
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
4. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO	45
4.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	45
4.2. ACTIVIDADES PARA ALCANZAR CADA OBJETIVO	51
4.2.1. SOSPECHA: Indicadores de malos tratos	51
4.2.2. DETECCIÓN: Cuestionario.....	54
4.2.3. PROTOCOLO: Protocolo de actuación	56
4.2.4. INFORME: Informe de prevención	61
4.4. CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN.....	67

5. EVALUACION DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS	67
5.1. INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	69
6. PRESUPUESTO.....	72
7. BIBLIOGRAFÍA	73
8. ANEXOS	79

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PREVALENCIA E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

En la actualidad, los MTPM (Malos Tratos a Personas Mayores) se han convertido en un gran problema social ocupando cada vez más relevancia entre la población y ocupando a los profesionales de la salud.

En un principio, en lo que se refiere a malos tratos, España tenía su foco de atención centrado en la infancia y el género; pero en estos últimos años el aumento de la esperanza de vida y con ello, el aumento del número de personas mayores de 65 años en nuestro país ha ido creciendo (en especial el rango de edad de 85 o más es el que más ha crecido notablemente)(1); por lo que la problemática se ha estado haciendo más visible y alcanzando cifras mayores.

En este último grupo de personas mencionado (mayores de 85) es muy probable que haya situaciones de dependencia, algún tipo de deterioro cognitivos, etc. Lo que hace necesaria la ayuda de un cuidador (normalmente informal) para desempeñar la vida diaria. Todo esto acompañado de otros muchos factores que se mencionan a lo largo de este trabajo, propiciaría la aparición de nuevos y cada vez más numerosos casos de malos tratos, negligencias y/o abandonos.

Aunque es un fenómeno grave y la incidencia va aumentando; aun hoy por hoy, es un tema oculto que cuesta que sea destapado.

A pesar de que en los últimos años los estudios de prevalencia sobre este tema han aumentado a nivel mundial, los resultados únicamente los podemos tomar como orientativos ya que es un tema “reciente”, no existe aún una tasa de malos tratos como tal fiable, carecemos de una definición de malos tratos universal (pese a que como se verá más adelante la que más es utilizada es la de la OMS y posee cierto consenso) y aun hoy en día existen muchísimas barreras que dificultan la detección de situaciones de malos tratos.(1)

Por todo ello, a este fenómeno de MTPM se le ha denominado “fenómeno iceberg”. Porque no tenemos un cuerpo de conocimientos sólido y contrastado que sirva de base; y además se estima que entre 5 y 7 casos de cada 8 probablemente no se detectan. Muchos son ocultados por las propias víctimas.(2) Por eso la denominación de este

fenómeno; porque sabemos que hay casos, que es un delito contra los derechos de las personas mayores, que estamos tolerando que esto pase y sobre todo, que hay mucho más allá de lo que hoy por hoy se sabe.(3)

Por otra parte, es difícil hacer comparación con otros estudios y contrastar la información; puesto que cada uno tiene una metodología y objetivos diferentes. La forma de evaluar el problema y los resultados es completamente distinta de un estudio a otro por lo que desgraciadamente los resultados de un problema con tal envergadura, no se pueden generalizar.

Por ejemplo, uno de los estudios realizados en España por Carmen Risco Romero y otros autores en Badajoz(4), estableció una prevalencia de malos tratos en la comunidad autónoma del 52.6%; mientras que un estudio llevado a cabo por la OMS (Organización Mundial de la Salud)(5) establecía unas cifras de maltrato de entre el 3% y hasta el 25% en personas mayores dependientes (en España).

Además destacar que pese a que los malos tratos pueden darse en diferentes ámbitos (institucional, comunitario) actualmente se considera que es el ámbito doméstico en el que estas situaciones se producen con mayor frecuencia y donde es más difícil de combatir.

Para hacer una aproximación de la prevalencia de malos tratos a personas mayores (MTPM) que hay en España, he escogido distintos estudios:



Original

Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España

Gema Pérez-Rojo ^{a,*}, María Izal ^b, Ignacio Montorio ^b, Pilar Regato ^{c,d} y Juan Manuel Espinosa ^d

^a Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

^b Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^c Centro de Atención Primaria Delicias, Madrid, España

^d Centro de Atención Primaria El Palo, Málaga, España

Mediante este estudio, los autores pretenden avanzar en el conocimiento del fenómeno de MTPM en nuestro país, para ver si se pueden hallar datos concluyentes que valgan

en un futuro para ser generalizados y contrastados con otros (algo que hasta ahora es imposible, como se ha explicado anteriormente).(1)

El objetivo del estudio, es estimar la prevalencia de maltrato físico, psicológico, sexual, económico y/o negligencia en personas sin deterioro cognitivos residentes en España que acuden a centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales de las comunidades autónomas de Madrid, Málaga y País Vasco (eligen tres CCAA diferentes para hacer en otro estudio un contraste por zonas). Y los resultados son los siguientes:

Prevalencia de malos tratos

	Prevalencia (%)	IC 95%
<i>Muestra total</i>	12,1	8,63-15,63
<i>Sexo</i>		
Varón	7,46	2,98-11,94
Mujer	15,2	10,24-20,15
<i>Edad, años</i>		
Hasta 74	12,57	7,73-17,40
75-84	13,18	7,30-19,06
85 y más	3,85	-3,72-11,41
<i>Provincia</i>		
Madrid	15,24	9,71-20,78
Málaga	9,30	0,49-18,12
San Sebastián	9,16	4,18-14,14
<i>Centro</i>		
Atención Primaria	10,1	4,39-15,79
Servicios Sociales	13,1	8,71-17,50

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

1

Este estudio multicéntrico refleja una prevalencia total de malos tratos a personas mayores del 12.1%.

¹ Tabla (gráfico 2) extraída del estudio mencionado. Gema Pérez-Rojo, María Izal, Ignacio Montorio, Pilar Regato, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad España. Medicina clínica. 2013.

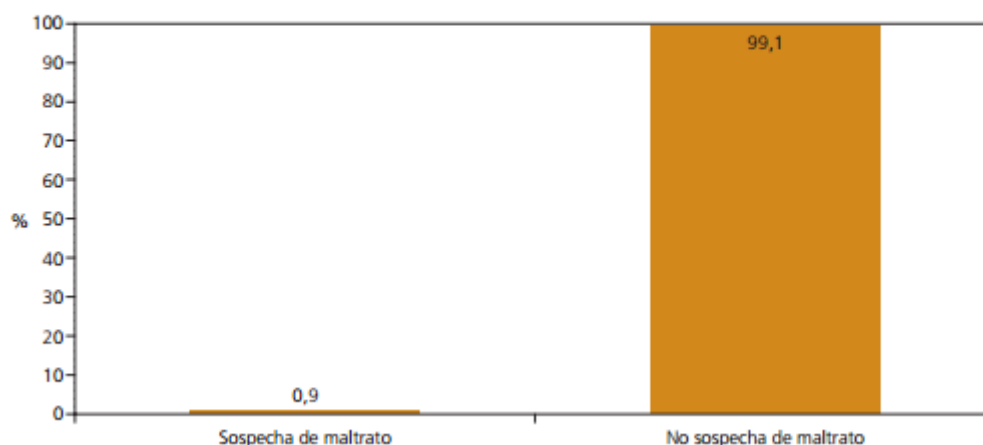
ESTUDIO DE PREVALENCIA DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Este es un estudio pionero y de referencia en el tema de los MTPM, llevado a cabo por el Gobierno Vasco, en concreto por el Departamento de Empleo y Asunto Sociales.

Pretende dar a conocer la realidad del fenómeno de los malos tratos y profundizar en los factores asociados a la problemática. Con los resultados pretenden poner en marcha un conjunto de acciones que incluirían en el “Plan de Acción para Personas Mayores”, cuya propuesta ya fue presentada al acabar este estudio en la Comisión Sectorial de Mayores del Consejo Vasco de Servicios Sociales.⁽⁶⁾

En definitiva, los resultados (prevalencia total de sospecha de MTPM) principales del estudio fueron:

GRÁFICO 1. Prevalencia de la sospecha de malos tratos percibida por la persona mayor



2

El 0,9% de las personas mayores de 60 y más años entrevistadas declaran recibir algún tipo de malos tratos.

² Tabla (Gráfico 1) extraída del estudio mencionado. Sancho M. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del País Vasco; 2011.

ORIGINALES BREVES

Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos

A. Ruiz Sanmartín, J. Altet Torner, N. Porta Martí, P. Duaso Izquierdo, M. Coma Solé y N. Requesens Torrellas

ABS Les Planes (Sant Joan Despí, Barcelona), DAP Baix Llobregat Centre. Unidad Docente MFyC. Subdivisión AP Costa de Ponent. Institut Català de la Salut.

Este es otro estudio realizado en España. Es descriptivo, transversal y se desarrolló mediante entrevista en la zona básica de les Planes Sant Joan Despí, en Barcelona.⁽⁷⁾

El estudio se hizo con un total de muestra de 219 persona. La prevalencia total de sospecha de maltrato fue del 11.9%, es decir 26 personas del total de la muestra. Los tipos de maltrato que surgieron fueron físicos (6), psicológicos (20), sexuales (1), negligencias (3) y abandonos (3). Obviamente había personas que presentaban más de un tipo de maltrato.

TABLA 1. Cuestionario

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
5. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está solo a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

3

³ Tabla (Tabla 1): Extraída del estudio mencionado. Comprende el cuestionario que fue utilizado para extraer los datos y resultados del estudio. A. Ruiz Sanmartín, J. Altet Torner, N. Porta Martí, P. Duaso Izquierdo, Solé MC, Requesens N, et al. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha

Para concluir con este primer apartado de la prevalencia de MTPM en España, decir que como se puede demostrar, hay diferentes y diversos estudios realizados referentes al tema y cada uno da unas tasas de prevalencia de sospecha de malos tratos completamente distintas y dispares, por lo que no son comparables. Además la metodología y las muestras recogidas para cada estudio son completamente distintas.

Pero aun y todo, se puede hacer una aproximación de la relevancia y de la gravedad del tema. Se puede comprobar que hay tasas elevadas, que es un tema emergente y en aumento.

Vivir más es el objetivo de la sociedad mundial del siglo XXI, cada vez se vive más y con más años lo que quiere indicar que esta problemática seguirá en aumento y hay que hacer algo al respecto.

Creo que la sociedad española no se está preparando para responder adecuadamente a las situaciones que va a originar el acelerado envejecimiento de la población y van a aumentar los casos de malos tratos a mayores.

En los tres estudios de referencia escogidos se analizan CCAA como el País Vasco, Cataluña y Andalucía, tres CCAA dispares territorialmente y con índices de MTPM preocupantes.

Con este apartado se pretende reflejar pues, la importancia del tema a nivel nacional y las repercusiones que está teniendo pese a ser una cuestión relativamente “nueva” y desconocida en cuanto a bibliografía consensuada.

1.2. PREVALENCIA E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA EN NAVARRA

No hay evidencia existente sobre este problema en Navarra, como tal. No hay estudios elaborados en Navarra sobre la prevalencia y magnitud del problema en la Comunidad Autónoma.

Como ya afirma la Declaración de Almería sobre el anciano maltratado, es un tema que todavía está por investigar, del que no existe evidencia ni se dispone de datos de frecuencia de base poblacional en España.

Esta declaración surgió de la primera conferencia nacional que hubo en España sobre el tema de los malos tratos a las personas mayores. Fue elaborada en mayo de 1995 a partir de dicha conferencia.(8)

En alusión a Navarra, como datos de prevalencia de MTPM lo único que puedo aportar son los resultados de un proyecto que realicé personalmente en la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui durante mi estancia laboral allá.

Comprender un poco los resultados del estudio, previamente quiero hacer una breve descripción de cómo es el centro, para que se sea consciente del perfil de pacientes con los que se trabaja.

La clínica, comprende un servicio destinado a atención integral, encaminada a proporcionar bienestar físico, psíquico y social, a pacientes que no pueden ser atendidos en su medio habitual, por padecer algún tipo de desorden o patología psíquica relacionadas con la edad.

El centro está destinado a la atención de pacientes ancianos, en su mayoría, aquejados de trastornos mentales orgánicos.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes menores de 65 años que no padezcan patología mental.
- Pacientes con patología orgánica que no pueda ser asistida con los medios materiales y recursos humanos de los que dispone el centro.

Los trastornos psicogeriátricos, y especialmente las demencias, no son enfermedades en las que pueden establecerse unas necesidades concretas. El carácter progresivo de estos

trastornos, y las diferentes condiciones sociales de las personas que los sufren, hacen que un centro de tratamiento integral deba ofertar diferentes programas asistenciales, ofreciendo diferentes niveles de cuidados según el estado de los pacientes.

Estos programas se dividen en:

-Ambulatorio:

-Unidad de evaluación neuropsicológica de memoria

-Unidad de asesoramiento y apoyo familiar

-Centro de día psicogeriátrico

-Unidad de Hospitalización

-Programas de docencia e investigación (poseen como rasgo fundamental, ceñirse a áreas de aplicación directa a los desafíos asistenciales que plantean los trastornos psicogeriátricos. Por tanto serán estudios epidemiológicos, técnicas de detección precoz, evaluación de necesidades, etc.)

En cuanto al proyecto que realicé en la clínica, decir que consistía en un estudio descriptivo cuyo objetivo fue detectar las situaciones de malos tratos durante la permanencia en la Clínica Josefina Arregui de los pacientes, entre los meses marzo y mayo de 2013.⁴

En cuanto a los resultados generales del proyecto, han sido recogidos personalmente en la siguiente tabla::

⁴ Estos datos pertenecen al proyecto de la autora Saioa Martínez, llevado a cabo en 2013 en la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui.

Proyecto: *“Diagnóstico sobre maltrato durante la historia de vida del paciente psicogeriátrico que ingresan en la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui durante los meses de Marzo, Abril y Mayo”*

RESULTADOS DEL PROYECTO:

Género

-50% Hombres
-50% Mujeres

Media de edad

-83 años y dos meses

Cuidador principal

-Mujer (como cuidadora informal): 54.5%
-Hombre (como cuidador informal): 22.7%
-Formal (Residencia): 22.7%

¿Maltrato?

-SI: 29.5%
-NO:68.1%
-Sospecha: 2.2%

Tipo de maltrato

-Presenciado: 75% SI // 25% NO
-Practicado: 37.5% SI // 62.5% NO
-Padecido: 62.5% SI // 37.5% NO
-Físico: 25% SI // 75% NO
-Psicológico: 87.5% SI // 12.5% NO
-Sexual: 100% NO
-Económico: 18.5% SI // 81.25% NO
-Otros (institucional): 6.25% SI // 93.5% NO

Agresor

-Paciente: 32.25%
-Cuidador informal 25%
-Institución: 6.25%
-Padre: 31.85%

Diagnósticos Clínicos Previos

-Enfermedad Alzheimer: 45.4%
-Trastornos Bipolares: 4.5%
-Trastornos Depresivos: 6.8%
-Distimia: 2.27%
-Demencia por abuso de alcohol: 4.5%
-Demencia Mixta: 13.63%
-Demencia por Parkinson: 6.8%

En cuanto al análisis que se hizo de los resultados por variables:

Género y edad:

De los 44 pacientes ingresados en la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui, 22 son hombre y los otros 22 son mujeres, por lo que casualmente, los ingresos realizados en estos meses, son un 50% hombres y otro 50% mujeres.

En cuanto a la edad, decir que la media es de 83 años y 2 meses. Es una media elevada ya que hemos tenido varios pacientes de muy avanzada edad (hasta los 96) y muy pocos pacientes de 65 años o incluso menores, que por su patología ha sido necesario el ingreso en la clínica; es por ello, que la media es tan elevada.

¿Quién es el cuidador principal?

Este dato, lo quise recoger para comprobar que “normalmente” la que se hace cargo del cuidado y supervisión de este de perfil de personas, suelen ser mujeres, ya sean familiares del enfermo o personas contratadas, siempre o en la inmensa mayoría de los casos, son mujeres.

Y como era de esperar, los datos lo corroboran ya que un 54.5% de los cuidadores son mujeres frente a un 22.7% de hombres. El otro 22.7% se corresponde al número de pacientes que están ingresados en una residencia en las que normalmente y siento repetirme, las trabajadoras son mujeres.

Es importante destacar que hay que cuidar al cuidador ya que la sobrecarga a la que pueden verse sometidos, puede derivar directa o indirectamente en un maltrato hacia los pacientes.

Datos de experiencias de maltrato

En referencia a las experiencias de maltrato vividas por los pacientes que ingresaron en la Clínica Josefina Arregui durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2013, el 29.5% (14/44) de estos pacientes ha vivido una o varias experiencias de maltrato a lo largo de su vida. Los maltratos más habituales se vivieron durante la infancia o en la actualidad, siendo estos continuados hoy por hoy.

Empezando por el agresor, decir que, en el 35.7% de los casos esta figura es el propio paciente que debido a su enfermedad, por trastornos de conducta y agresividad no controlan.

El 14.2% de los agresores son los cónyuges (cuidadores informales todos) del paciente en este caso los maridos y otro 14.2% se corresponde a las mujeres (este dato está muy

igualado y se debe en la mayoría de los casos a la sobrecarga del cuidador y a la desesperación que esto conlleva).

Se ha registrado maltrato institucional por parte de las monjas a una de las pacientes y en la infancia; el porcentaje correspondiente a esto último es de un 7.1%.

En cuanto al tipo de maltrato, decir que el presenciado corresponde a un 75%, el practicado a un 37.5%, el padecido es de un 62.5%, el físico es de un 25% y el económico es de un 18.75%.

El más destacado es el psicológico, que supera con creces a los anteriores correspondiéndose con un 87.5%. Es el mayor porcentaje registrado y suele ser padecido por el paciente más que practicado por este mismo. En la mayoría de los casos es debido a la sobrecarga del cuidador que es el agresor principal.

En cuanto a la ayuda, un 81.25% se niega a hacerlo y solo un 18.75% ha pedido; eso sí de manera informal, a familiares o personas del entorno. Ninguno ha decidido denunciar ni pedir ayuda formal en ningún servicio.

Los motivos de esto, son la culpa, el miedo porque si acceden a denunciar luego se puede complicar la convivencia en el domicilio, etc.

En definitiva, este estudio previo que fue realizado en una comunidad institucionalizada ha servido para aportar una aproximación a la prevalencia y magnitud del problema en Navarra. Que apoya la idea de elaborar un programa de detección precoz, acción y prevención de malos tratos a personas mayores, en Navarra.

1.3. MARCO LEGAL Y DERECHOS FUNDAMENTALES

1.3.1. Normativa legal relacionada con los malos tratos a personas mayores

En caso de producirse una situación de malos tratos decir que existe un régimen sancionador al respecto, en el Código Penal, en el que se castigan o se sancionan estas acciones. Acciones como el abandono, delitos por estafa, incumplimiento de la tutela, etc.

Es decir, aquellas situaciones de malos tratos que sean recogidas en el Código Penal, pueden ser denunciadas y abordadas por vía jurídica.(9)

Primeramente destacar que la consideración de las personas mayores como conjunto de población de protección, es un tema muy reciente y de actualidad, que antes no existía como tal.

Pero esto no debiera considerarse así, porque la inmensa mayoría no necesitan de dicha protección, es la sociedad la que los tacha de sujetos vulnerables en vez de sujetos de derecho, que ejercen y han ejercido atribuciones a la sociedad y tienen derechos y obligaciones; que es algo que siempre se nos olvida.(10)

En cuanto al porcentaje de población mayor que necesita de protección y que NO SON TODOS como generalmente se cree, decir que esa protección comprende medidas especiales en el ámbito civil, en el administrativo y en el penal, como apunta el autor de muchos de estos aspectos, Antonio Martínez Maroto.

Para centrar los MTPM en el ámbito jurídico hay que reflexionar sobre la cualidad de “persona” en este marco.

Hasta que la persona mayor no muere, cualquiera que sea su estado o situación de hecho tiene intacta su capacidad jurídica, cualidad que le atribuye en plenitud el disfrute de los derechos fundamentales inherentes a la persona y consagrados por la Constitución.

Desde el artículo 14 al 29 de nuestra Carta Magna se recogen una serie de derechos personales, de primer orden, que deben ser tenidos en cuenta para su defensa y ejercicio por todos los ciudadanos. Éstos, en líneas generales, están también avalados por declaraciones universales; baste recordar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la ONU en 1948 y el Convenio Europeo para la protección de

los Derechos Humanos y libertades fundamentales de 1950, entre otros, cuya relación sería muy amplia y extensa.(10)

Desde este punto de vista, debe quedar claro que no hay ciudadanos de primera y de segunda. Todos y cuando digo todos, quiero decir de cualquier edad, tenemos los mismos derechos y libertades.

Si aprendemos a valorar en su medida toda esta serie de derechos y los entendemos y comprendemos como tal, entenderemos pues porqué el maltrato debe ser tratado legalmente; ya que comprende una violación de derechos por parte de una persona que siente que es superior a otra.

Como se puede percibir, la importancia del tema legal es indudable ya vaya enfocada por temas de género, por edad (maltrato infantil) o por perfiles de población (donde incluiríamos a los mayores). Si la violencia de género (por ejemplo) tiene tal consideración en la actualidad porque se entiende que no es viable que se produzca, con las personas mayores pasa exactamente lo mismo, aunque el tema en la coyuntura actual no se trate con igual énfasis.

Tratando de separar aquellos derechos que afectan más directamente al tema referencial de los malos tratos a personas mayores se observa que la mayor parte de tablas o listados que tratan de enumerar casuísticamente los abusos hacia las personas mayores tienen que ver con la conculcación más o menos grave de los “Derechos y Libertades” del capítulo II de nuestra Constitución (art. 14 al 29)

- Derecho a la igualdad plena ante la ley.

No solamente existe discriminación por el origen racial, por el sexo o la religión, como cualidades más específicas de discriminación sino que ésta se produce a veces por la consideración desigual de determinados grupos etarios y ello puede producir un maltrato generalizado al colectivo en cuestión, que se empieza a conocer con el nombre de ageismo, etaismo o edaismo.

- Derecho a la vida.

Está concebido en el sentido más amplio, llegando a la no aceptación de la pena de muerte. Pero lo más relevante es que el propio artículo 15 nos habla de “torturas, penas, tratos inhumanos y degradantes” que se puede traducir en malos tratos.

- Derecho a la libertad.

El respeto a este principio constitucional no siempre se propicia ni se cumple y su quebranto en relación con las personas mayores es bastante frecuente.

- Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen.

La inviolabilidad de domicilio, el secreto profesional y la limitación en el uso de la informática son los tres puntos más importantes regulados por la Constitución en el artículo 18.

- Derecho a la libertad de residencia.

El derecho a pasar los últimos días de la vida en un lugar o en otro, tiene plena validez como derecho constitucional y en ocasiones puede verse quebrantado por decisiones imperativas del entorno de la persona mayor, produciendo malestar psicológico y alteraciones

- Derecho a recibir información veraz.

Derecho que tiene connotaciones especiales al referirse a personas mayores, sobre todo porque necesitan una metodología adecuada para recibir información.

- Derecho a la participación activa en los asuntos públicos.
- Derecho a la tutela de los jueces.
- Derecho a una muerte digna.

Que en esta etapa de la vida debido a que la persona mayor muchas veces no puede ser responsable de su voluntad, esta se ve increpada por su entorno.(11)

Para iniciar con el marco legal queda claro pues que con todo esto:

“El principal y primer maltrato es aquel no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor. Esto es algo que, como ya hemos dicho, está recogido en todo tipo de declaraciones internacionales y pactos, firmados por la mayor parte de estados occidentales.”(10)

Los artículos mencionados anteriormente, solo los he redactado para que se demuestre que solo constituyen la base de este problema y que su quebranto puede ser tratado a nivel legal sin lugar a dudas porque equivaldría a la comisión de un delito. Y todo lo anterior solo es el principio más básico de un marco legislativo que comprende y respalda a las personas mayores.

De lo dicho anteriormente, surge la importancia de saber qué acciones u omisiones son malas y perseguibles en tanto en cuanto están tipificadas como delito o falta. Algo que los profesionales tienen que tener muy presente. Si la acción no se puede enmarcar en los parámetros de la vulneración de la norma, difícilmente se va a poder hacer algo.

1.3.2. El maltrato a personas mayores en el código penal

El Código Penal, es un conjunto de normas que aprobadas por el Parlamento y en vigor, que castigan los hechos constitutivos de delito o falta, mediante la aplicación de una pena o de una medida de seguridad.

Los malos tratos, como ya se ve anteriormente tiene unos matices y un tratamiento concreto. En lo penal, se habla de malos tratos cuando se hace referencia a determinadas acciones que constituyen un delito que tienen como víctima a la persona mayor; además esas acciones se llevan a cabo de forma reiterada y basadas en una relación (familiar normalmente).(10)

Hechas estas precisiones, observamos que lo único que hace el Código Penal es proteger los bienes jurídicos esenciales, derivados generalmente de derechos constitucionales. Así se hablará de delitos contra la vida, contra el honor, contra la intimidad, contra la libertad y otros como ya he apuntado anteriormente.

Como dato curioso referente al código penal, éste en ningún momento utiliza la palabra maltrato en todo su contenido como término para referirse al tema.

Dentro de las recientes reformas del Código Penal señalamos la **Ley Orgánica 11/2003**, de 29 de septiembre, que modifica el Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos; y la **Ley de Enjuiciamiento Criminal** y la **Ley Orgánica 15/2003**, de 25 de noviembre.

Desde el punto de vista penal, se distinguen dos niveles o tipos de conductas que inciden en los malos tratos y que requieren consecuencias o castigos penales diferentes: los delitos y las faltas.

Lo difícil es saber cuándo un comportamiento o acción es considerado como un acto punible o un acto reprobable pero no punible; es decir, cuándo se puede hablar de delito y cuándo de falta.(12)

En el campo de los delitos, según el Código Penal, podemos citar:

- Delitos contra la vida y la integridad física (homicidio, asesinato, cooperación al suicidio, eutanasia...); delitos relacionados con lesiones (arts. 147-153).
- Delitos contra la libertad: privación de libertad, amenazas, coacciones, detenciones ilegales (art. 163: inmovilizaciones o confinamientos paliativos, 169, 172).
- Delitos contra la integridad moral y torturas: tratos denigrantes, integridad moral, trato vejatorio... (art. 173).
- Omisión del deber de socorro, en caso de desamparo y en peligro manifiesto y grave (denegación de asistencia sanitaria...) (art. 195).
- Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio: no respetar la confidencialidad, vulnerar o no respetar la intimidad...
- Delitos contra el honor: calumnia e injuria, que puede menoscabar la autoestima de las personas mayores.
- Delitos contra las relaciones familiares: delito de abandono de familia, no cumplir con las obligaciones de atención a ascendientes, tanto deberes asistenciales como morales.
- Delitos contra el patrimonio: robo, hurto, apropiación indebida (art.235.4).
- Delito de violencia doméstica (art. 153 y art. 173.2).(10)

En el capítulo de faltas, entendiendo por éstas, como delitos de baja intensidad, pero que causan daño a las personas que las reciben, podemos distinguir dos grandes capítulos:

- Faltas contra las personas: golpear a otro sin causarle lesión (art. 617), negación de auxilio (art. 619), amenazas, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve (art. 620).

1.3.3. Legislación específica actual

A continuación expongo algunas leyes de ámbito nacional y autonómico que pueden considerarse específicas para el perfil de población sobre el que se trabaja y que obligan a la protección y sustento de éste. Su no cumplimiento podría considerarse como delito, abuso e incluso entenderse como malos tratos.(12)

Muñoz Iranzo señala que los delitos más frecuentes que sufren las personas mayores suelen ser de carácter patrimonial, delitos de lesiones y malos tratos

A pesar de ello, la legislación penal no establece una especial protección para este perfil de población como tal. Se les incluye en el mismo colectivo que aquellas personas que tengan dependencia económica o tutelas.

Además, el régimen sancionador se limita a unos preceptos muy concretos como:

- Incumplimiento de los deberes legales de asistencia de la tutela. (Art. 226 del Código Penal)
- Abandono de una persona declarada incapaz, y la utilización de estas personas para mendicidad: pena prisión de seis meses a un año, si se emplea violencia o intimidación, o se les suministra sustancias perjudiciales para su salud. (Art. 232 del Código Penal).
- Encontrar abandonado a un incapaz, y no presentarlo a la autoridad o a su familia, o no prestar auxilio.(Art. 618 del Código Penal).
- No prestar asistencia o auxilio a una persona de edad avanzada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados. (Art. 619 del Código Penal).
- Inducción a abandonar el domicilio familia. (Art.224 del Código Penal).
- Abandono de un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda. Cuando las circunstancias del abandono hayan puesto en peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del incapaz. (Art. 229 del Código Penal).

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

1.4.1. Antecedentes del tema

1.4.1.1. Definición de malos tratos a personas mayores

Para identificar y saber que son los malos tratos, en este caso, a personas mayores, es necesario saber primero una definición general de los mismos. Sin embargo, en el caso de las personas mayores, hacer una definición es más complicado debido a que es un tema cargado de problemas y dificultades puesto que se caracterizan de cierta sutileza que hace que la línea entre la posible víctima y el posible responsable, sea difusa.

Además, existen otras dificultades añadidas a la hora de su definición ya que existen muchos términos con los que referirse al problema (maltrato, abuso, negligencia, etc.), cada término tiene un significado completamente distinto, pueden ser adjetivados por tipologías, los “actores” de la situación pueden ser diversos, los escenarios donde pueden darse son variados, etc.(2)

Esta complejidad puede crear confusión a la hora de trabajar con el tema; a la hora de identificación, prevención y proponer soluciones, entre otras.

No es objetivo de este trabajo, crear una definición de malos tratos a personas mayores, pero sí es necesario abogar por alguna, puesto que es el tema central de este proyecto. Por ello, como autora me he decantado por una definición de referencia respaldada por cierto consenso. Esta definición es la de la OMS (Organización Mundial de la Salud) que es propuesta en la “declaración de Toronto” para la prevención global del maltrato a personas mayores.(13)

“El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.”⁵

Por lo tanto, podría decirse que hay tres ejes que forman la identidad de los malos tratos a personas mayores:

⁵ Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. OMS (Organización Mundial de la Salud), Universidad de Toronto y INPEA (Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez)

- Un vínculo de confianza
- Un riesgo de daño
- La intencionalidad

1.4.1.2. Teorías causales de malos tratos

El conocimiento de las causas nos ayuda a situar los factores que predisponen a una situación de malos tratos y nos permite profundizar en las estrategias preventivas y en la necesidad de evitar sesgos innecesarios en la posterior detección. No se debe olvidar que, con mucha frecuencia, la génesis de los malos tratos a personas mayores (MTPM) es multifactorial.

En la medida de lo posible, conviene no confundir factor de riesgo con causa de malos tratos. Un factor de riesgo como el estrés, puede estar presente en diferentes teorías causales y es el conjunto de factores de riesgo el que puede generar la estructura sobre la que se construye una teoría.

A continuación se muestran algunas de las teorías causales más referenciadas en cuanto a los malos tratos a personas mayores surgen de autores diversos, la mayoría sociólogos que intentaron mostrar o explicar distintas conductas del ser humano y el porqué de éstas.

De antemano, hay que decir que todas ellas tienen ventajas y limitaciones a la hora de explicar la causalidad de los malos tratos. Como todo y de forma simplificada son teorías que no siempre se pueden confundir o reemplazar a la realidad. Son en resumen, intentos teóricos de explicar el porqué de las situaciones de malos tratos.

-El modelo situacional

Es una de las primeras teorías que fueron elaboradas para explicar el maltrato a personas mayores.(14) La principal base de esta teoría es que el aumento del estrés asociado a ciertos factores situacionales, aumenta la probabilidad de que se produzca maltrato. Estos factores situacionales que han sido asociados con el maltrato a personas mayores son los relacionado con la persona mayor (dependencia emocional, deterioro cognitivo), los factores estructurales (tensiones económicas, aislamiento social) y los factores relacionados con el responsable de los malos tratos (crisis vitales, burnout, abuso de sustancias).(15)

Con esta teoría se corre el riesgo de culpabilizar más a la propia víctima, por ser la fuente del estrés.

-El modelo de intercambio social

Esta teoría surge de la mano del sociólogo estadounidense George Casper Homans, fundador de la sociología del comportamiento y de esta teoría del intercambio social basada en principios económicos y psicológicos. Aunque la evidencia demuestra que Homans puede no haber sido el primero en trabajar en esta teoría en 1958; puesto que hay evidencia de autores anteriores como Albert Chavannes que ya hablaba de esta teoría en el siglo XIX.

En ella pretende explicar que los seres humanos actúan en la sociedad promovidos por beneficios y desventajas.(16)

Esta teoría fue posteriormente interpretada y aplicada para explicar una de las posibles causas que mueven al ser humano a ser víctima o responsable de malos tratos.

Aplicada a esta idea de malos tratos, la teoría se basa en que una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre, al menos, dos personas y, todos los individuos implicados en la misma, buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción. De esta forma, las interacciones sociales se mantienen siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y el nivel de satisfacción con la relación sea alto.

Es decir, la interacción social ocurre de acuerdo a la ley de “justicia distribuida”, la cual hace referencia a “las expectativas que tiene una persona sobre las recompensas que debe recibir y los costes que debe asumir en una determinada interacción social, cuya distribución debe ser percibida por éste como justa”, es decir, las recompensas deben ser iguales a los costes pero, cuando esta “ley” no se cumple, surgen sentimientos negativos como la ira, el resentimiento y el castigo; lo que conllevaría o propiciaría situaciones de malos tratos.

Describe que la relación de dependencia aumenta los riesgos, que el desequilibrio en la interacción de dos personas discurre entre la satisfacción y el castigo, y que podría ser la sensación de pérdida de autonomía y de poder del cuidador la que desencadenaría respuestas de malos tratos.

-El modelo de la interacción simbólica

Herbert Blumer es el representante del interaccionismo simbólico tradicional. Sociólogo de la “Escuela de Chicago”, fue el que acuñó a esta teoría como interaccionismo

simbólico en 1937; es el autor más representativo de dicha corriente de pensamiento.(17)

La Interacción Simbólica se refiere a un proceso en el cual los humanos interactúan con símbolos para construir significados. Mediante las interacciones simbólicas adquirimos información e ideas, entendemos nuestras propias experiencias y las de los otros, compartimos sentimientos y conocemos a los demás. Sin símbolos nada de lo anterior podría ocurrir.(18) Nuestro pensamiento y acción serían totalmente restringidos. La pregunta fundamental de este modelo es: ¿qué conjunto común de símbolos han emergido para darle sentido a las interacciones de la gente?

Según el interaccionismo simbólico, el significado de una conducta se forma en la interacción social. El resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores.(19)

Dicha teoría o modelo aplicada a dar una posible explicación o causa a los malos tratos, tiene que ver con las interpretaciones simbólicas del comportamiento que tienen tanto la víctima como el responsable. En muchas ocasiones pesa más la interpretación que un cuidador hace de la sobrecarga, que el grado de intensidad de la propia carga.

Se basa en el aprendizaje social y plantea que los responsables de los malos tratos aprenden a ser violentos presenciando actos de violencia, y que las víctimas aprenden a aceptarlos como normales.(2)

El maltrato es definido pues en esta teoría, situacionalmente y ocurre en interacciones sociales cuando existen discrepancias entre los comportamientos y las expectativas del rol

-El modelo feminista

Cuando indagamos en el modelo feminista existen varias variantes; sobre todo si el tema que nos interesa es la vejez puesto que a la variable género le estas sumando la variable de la edad; lo que dificulta el consenso. Lo que quiero decir es que explicar este modelo tiene una doble dificultad por los conceptos que trabaja.

Hay que reconocer que el género y la edad tienen un efecto multiplicador que puede contribuir a que la teoría feminista pueda incrementar su comprensión sobre las mujeres ancianas. Es decir, incorporar la edad a la teoría feminista supone interpretar que las mujeres ancianas asumen un doble riesgo, por su género y su edad. Esto lleva a reconocer que el envejecimiento femenino sea diferente al masculino, y que, por tanto, la teoría debe ayudar a su comprensión e interpretación. (20)

Este modelo hace un enfoque de género, es decir, parte de la base de que hombre y mujeres no son iguales. Partiendo de ahí, esta teoría pretende explicar que el maltrato surge por parte de un agresor varón a una víctima, mujer. El porqué de esta agresión vendría dado por una sociedad patriarcal en la que la mujer es el último eslabón, en la que la mujer no tiene los mismos derechos que el hombre, la mujer tiene labores de cuidado y hogar, etc. Y esto, sumado al envejecimiento, sería una doble desigualdad a la hora de los malos tratos, por el hecho de ser mujer y mayor.

Entonces, en este punto hablamos de malos tratos a personas mayores o hablamos de violencia de género.(21) Este punto de inflexión es el que no queda claro cuando indagamos en la bibliografía existente. La bibliografía toma un sentido u otro en función del autor y no porque haya unas pautas establecidas.

Entonces, se entiende que este modelo se basa en el desequilibrio de poder existente entre hombres y mujeres en una sociedad machista. Sin dejar claro que sean malos tratos dados por la edad de la persona o bien por su género.

Desde el punto de vista que nos atañe en este proyecto, que es la edad, este modelo tiene un inconveniente; y es que da una visión parcial del problema ya que los hombres mayores también son víctimas de malos tratos. Por lo que es una teoría causal que solo explicaría una de las partes si la enfocáramos en cuanto al género.

En definitiva, es otro intento de explicar por qué se dan los malos tratos.(2)

-Teoría de la economía crítica y la economía política del envejecimiento

Este modelo está enfocado para interpretar la realidad social de las personas mayores. También está muy ligado a otro modelo que tuvo su auge en los años sesenta y setenta del siglo pasado y es el de la teoría funcionalista sobre el envejecimiento de Michael Bury (experto reconocido en sociología de la salud, la enfermedad y el envejecimiento). Esta teoría considera la vejez como una forma de ruptura con la sociedad y con una pérdida progresiva de funciones; lo que hace a las personas mayores desiguales respecto a la sociedad, más vulnerables, apartadas, etc.(22) Esta teoría postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a tener pérdidas progresivas físicas y psicológicas que harán de la persona mayor, una persona en desventaja y más proclive a sufrir desigualdades. (23)

A su vez, la teoría de la economía crítica y la economía política del envejecimiento, se basa en el impacto y los cambios de la sociedad en la vida de las personas mayores

dentro del entorno familiar y fuera de él. Pretende explicar que los problemas que tienen las personas mayores no son propias del curso de la vida como tal, sino consecuencia del progreso de la sociedad que se traduce en desigualdades sociales, los cambios en los roles, el estatus, etc.

Se basa en el término de “dependencia estructural” que quiere decir que las consecuencias y los daños que sufren este perfil de personas, son el resultado de los cambios sociales que conllevan a la marginación, la dependencia, etc. Estos cambios sociales serían la edad de jubilación, restricción de los roles en el hogar, etc. En definitiva, esta teoría pretende explicar que otra de las causas que promueven situaciones de malos tratos a personas mayores son los cambios sociales y la estructura de la sociedad que se vuelve “en tu contra” cuando alcanzas cierta edad y deterioro.(23)

Para concluir con el apartado, decir que lo que se ha pretendido es hacer un resumen de algunos de los diversos modelos que se han centrado en la búsqueda de las causas del maltrato hacia las personas mayores. Cada uno de estos modelos se centra en aspectos diferentes tales como, características intraindividuales de la persona mayor y/o del responsable del maltrato, teorías sociopsicológicas o teorías socioculturales, de manera que parece que no existe una única explicación para el maltrato hacia las personas mayores, dada la complejidad del mismo.(24)

1.4.1.3. Tipos de malos tratos a personas mayores

-Físico: Se define como maltrato físico, cualquier lesión física infringida al anciano (hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros medios con los que se lastime al anciano.(25) En la definición del maltrato, es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño/a, con el propósito de lastimarlo o injurarlo.

Aunque el cuidador o familiar a cargo puede no tener la intención de lastimar al anciano, también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física arriba señalada que se produzca por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado.

Es la forma o tipo de maltrato más obvia de definir pero la menos frecuente.(26)

-Psicológico: Los malos tratos psíquicos representan un fenómeno viejo, lo novedoso es su revelación como problema social.(27)

El maltrato psicológico se basa en comportamientos intencionados, ejecutados desde una posición de poder y encaminados a desvalorizar, producir daño psíquico, destruir la autoestima y reducir la confianza personal. Su padecimiento lleva a la despersonalización, al mismo tiempo que genera dependencia hacia persona que los inflige.(28) El maltratador se vale para ello de insultos, acusaciones, amenazas, críticas destructivas, gritos, manipulaciones, silencios, refunfuños, indiferencias, frialdades y desprecios.

Cuando los mayores se convierten en dependientes económicos, físicos y emocionales de sus hijos, muchas veces se invierten los roles, el tener que dejar el rol de adulto independiente para ocupar el rol de adulto dependiente, los coloca en una situación de riesgo. Si se trata de una familia con características violentas, el anciano es víctima de las mismas conductas autoritarias y humillantes que reciben los niños. Por otro lado, como todo ser considerado “débil”, puede convertirse en el “chivo expiatorio” de todas las tensiones y conflictos de la familia.(29) A veces la violencia es el medio de comunicación para “controlar” y “manejar” a la persona anciana.

Se manifiesta también en forma de insultos, agravios que de una u otra manera, subestiman al anciano. Pero cualquiera sea la causa del maltrato Psicológico, sabemos que puede generar en él problemas tan serios como depresión y aislamiento, llegando a algunos extremos hasta el suicidio.(30)

-Sexual: El abuso sexual se puede dar en cualquier etapa de la vida; por lo tanto, también en la vejez.(31) Se produce cuando el maltratador fuerza a la víctima a mantener relaciones sexuales o le obliga a realizar conductas sexuales en contra de su voluntad. O bien abusa de su estado de conciencia. Son comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento. No es el deseo sexual lo que lo motiva sino la sensación de control y poder sobre la víctima. Normalmente se da por parte de un agresor cercano; bien un familiar o la persona encargada de su cuidado.(32)

-Financiero: Consiste en utilizar el dinero o los bienes de un adulto mayor sin su permiso. Los ejemplos incluyen usar tarjetas de crédito o cheques, robar joyas o robar la identidad de la persona. Los adultos mayores también pueden ser explotados financieramente por organizaciones o estafadores. Por lo general, esto ocurre cuando el adulto mayor entrega dinero a un fondo de caridad o de inversión falso o entrega dinero para reclamar un premio falso.(33)

-Negligencia o abandono: Implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene una obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.(34)

Negligencia intencionada es, cuando el cuidador por prejuicio o irresponsabilidad, deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su bienestar. Sin embargo, cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.(35)

-Obstinación diagnóstica: Realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que se vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo.

-Obstinación Terapéutica: Utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.

La aplicación de estos tratamientos por parte del profesional médico constituyen una mala praxis y una falta deontológica. Las causas de la utilización de estos tratamientos pueden ser la presión familiar, entre otros lo que produce como consecuencia un maltrato a la persona mayor puesto que se le está alargando la vida innecesariamente, sin su consentimiento, haciéndole sufrir, etc.(36)

Cuadro: Formas de presentación del abuso o maltrato

Formas de Abuso físico	
<ul style="list-style-type: none">• Empujones• Golpes• Forzar al paciente a comer o tomar algo• Colocar al paciente en una posición incorrecta• Amarrar o sujetar al paciente• Pellizcos	<ul style="list-style-type: none">• Quemaduras (cigarros, líquidos etc.)• Heridas• Fracturas• Jalar el pelo• Sacudidas• Tirarle o derramarle agua o comida encima• Abuso sexual
Formas de Abuso psicológico o emocional	
<ul style="list-style-type: none">• Amenazas de abandono• Amenazas de acusaciones• Acoso• Intimidación con gestos o palabras• Infantilización	<ul style="list-style-type: none">• Limitación al derecho:<ul style="list-style-type: none">- de privacidad- de decisión- de información médica- de voto- de recibir correo- de comunicación
Formas de Abuso financiero	
<ul style="list-style-type: none">• Uso de los recursos del adulto mayor en beneficio del cuidador• Chantaje financiero• Apropiación de las propiedades	<ul style="list-style-type: none">• Coerción para firma de documentos legales como testamento, propiedad, etc.
Formas de Negligencia o Abandono	
<ul style="list-style-type: none">• Descuidar la hidratación• Descuidar la nutrición• Ulceras de presión sin atender• Descuidar la higiene personal• No atender lesiones abiertas	<ul style="list-style-type: none">• Mantener un ambiente poco sanitario• Abandonar a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público.

6

⁶ Fuente: Guía de diagnóstico y manejo. Organización Panamericana de la Salud. Parte II: Abuso (maltrato) y negligencia (abandono).

URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia01.pdf>

1.4.1.4. Situaciones de riesgo asociadas a los MTPM

Analizando las causas de los malos tratos y las situaciones de riesgo, podemos intuir que existen muchas circunstancias que pueden favorecer la aparición de MTPM. Entre las más citadas se encuentran la dependencia en todos sus aspectos (clínica, funcional, mental, afectiva o socioeconómica) y el deterioro de las relaciones familiares.(2)

También se relacionan con la existencia de antecedentes de malos tratos, con la falta de entorno social, con el abuso de poder por parte del agresor en la relación con la víctima, con una posible patología padecida por el agresor (estrés, depresión). Además si a esto le sumas que la persona mayor padezca algún tipo de demencia, que tenga alteraciones de sueño o de conducta, que sea difícil de manejar, etc. Se dibujan panoramas propicios para que se den este tipo de situaciones. Contando además que el cuidador no tenga experiencia, que se sobrecargue enseguida o que la situación le haya venido “impuesta” (no haya tenido alternativa) y le supere, se tienen casi todos los factores para que los MTPM (Malos Tratos a Personas Mayores) se den.

A continuación, se citan algunas de las situaciones más propicias y relacionadas con situaciones de malos tratos a personas mayores.(2)

-Asociadas a la víctima

- Deterioro físico para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- Dependencia psíquica. Alteración de las funciones cognitivas.
- Dependencia emocional asociada a trastornos del estado de ánimo.
- El aislamiento social.
- Círculo de violencia familiar, sobre todo entre cónyuges.
- Mujer mayor de 75 años

-Asociadas al agresor

- Agotamiento y aislamiento social del cuidador
- Dependencia económica de la víctima
- Estrés o crisis temporales
- Abuso de drogas
- Diferentes tipos de trastorno mental
- Cuidador único y solo

-Asociadas al entorno

- Pobreza o falta de recursos
- Discriminación
- Prejuicios acerca de la vejez
- Relaciones intergeneracionales deficientes
- Incumplimiento de leyes y normas

Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato o en el contexto de la situación. A continuación se presentan los factores de riesgo en función de esta categorización:

-Factores de riesgo presentes en la persona mayor

Ninguna persona mayor es inmune a la posibilidad de ser maltratada. Sin embargo, existen características que parecen hacerles especialmente vulnerables al mismo.

-Sexo

Basándome en un estudio reciente (2014) de la Universidad de Oviedo, llamado “envejecer en femenino”, existen evidencias estadísticas de que el número de mujeres mayores maltratadas es equiparable al de varones; aunque aquí hay que hacer énfasis ya que pese a ser así, la mujer siempre tendrá más factores de riesgo asociados a los malos tratos que los hombres, por el mero hecho de ser mujer, como explico a continuación.(37)

En cualquier etapa de la vida, las mujeres están subordinadas por sistema con respecto a los hombres, y el envejecimiento no supone una excepción. Las mujeres mayores siguen estando supeditadas a los hombres en esta etapa vital.

Realidades tan dispares como los cuidados por ejemplo, no se igualan en la última etapa de la vida; la violencia, como cualquier otro acto, no es neutral al género. Ser mujer es, desgraciadamente, en el contexto del maltrato a las personas mayores, un factor de alto riesgo. Además de los tipos de maltratos descritos anteriormente, a las mujeres mayores se les suman los propios de su género, todos estrechamente relacionados con las tareas no remuneradas(37)

-Estado civil

En cuanto a este factor de riesgo, he encontrado resultados contradictorios; como en el estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco del departamento de Bienestar Social.(6)

En uno de los gráficos, en concreto en el 5, se refleja como estar casado o divorciado tienen mayor sospecha de recibir malos tratos que el hecho de ser soltero o viudo. Pero personalmente no creo que se pueda considerar un dato relevante puesto que lo que realmente refleja es que se sospecha de malos tratos cuando hay una convivencia; no el hecho de estar en pareja o haberla tenido; como tal.

La evidencia refleja que esto está relacionado con el tipo de convivencia de cada situación y con el simple hecho de que una persona mayor que vive con su cónyuge tiene obviamente (por el hecho de convivir con alguien) un mayor riesgo de posibles abusos.

-Edad

La teoría refleja que a mayor edad, mayor riesgo pues conforme aumenta la edad, aumentan los deterioros físicos, psíquicos, la dependencia, etc. En definitiva, a más edad, más vulnerabilidad. Lo que a su vez hace que aumenten las probabilidades de ser víctima de maltrato. Pero la evidencia muestra lo contrario. En el mismo estudio del País Vasco citado anteriormente, se crean dos grupos de edad: 64-74 años y 75 y más.

Lo que este estudio refleja es que el 75% de la población estudiada que se siente maltratada, pertenece al rango de edad de 64-74 años. Lo que sugiere varias hipótesis. O bien la teoría redactada al principio que es la más lógica y comprensible está equivocada o hay una explicación para los resultados reflejados en el estudio.(6)

La explicación que se ocurre es que las personas de 75 y más pueden tener mayor deterioro cognitivo y haber sido incapaces de contestar a las preguntas por lo que los resultados de este grupo de edad, los hubiera sacado el programa estadístico por defecto a partir de los resultados del primer grupo; es decir, si un

primer grupo marca un 75%, por defecto, el programa deduce que el otro grupo es un 25% (por lo que no serían datos estadísticamente significativos ni fiables).

Otra hipótesis que rebata estos resultados tan ilógicos pudiera ser que este grupo de 75 y más años fuera dependiente y para responder a los cuestionarios le hiciera falta la ayuda del propio cuidador por lo que obviamente no van a reflejar sospecha de maltrato; puesto que estarían coaccionados por la presencia de sus cuidadores.

Estas serían las dos hipótesis que surgen para intentar explicar estos resultados tan contradictorios con la teoría.

Finalmente, como apunte en este apartado, creo personalmente que sería un factor a tener muy en cuenta y bajo vigilancia dado que la progresión y el éxito de la sociedad actual es vivir más con más años.

-Deterioro cognitivo

La teoría refleja que la prevalencia del maltrato en personas mayores es mayor en grupos con patologías como demencias. Pudiendo este hecho estar relacionado además con otros factores de riesgo como la dependencia, mayores demandas, sobrecargas del cuidador, etc. (38)

Para concluir con los factores de riesgo presentes en la persona mayor, decir que a los anteriores, habría que sumarle el estado de salud que es también determinante, los problemas de comunicación, los abusos de sustancias, etc.(24)

-Factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato

Las siguientes características, solas o en combinación, no son necesariamente generadoras del comportamiento abusivo ni de una situación de MTPM, pero pueden servir de ayuda a los profesionales para la identificación de personas no competentes o inapropiadas para cuidar o interaccionar con personas mayores.

-Sexo

Las mujeres son las que presentan mayor riesgo de ser las responsables del maltrato ya que asumen con mucha más frecuencia las labores responsabilidad y cuidado de las personas mayores. Este es un hecho contradictorio que se ve a lo

largo de toda la evidencia; por un lado ser mujer es un factor de riesgo y por otro, el hecho de ser mujer representa mayor probabilidad de ser el agresor.(39)

En cuanto al tipo de maltrato relacionado con el sexo, la evidencia apunta que los hombres son con mayor frecuencia los responsables del maltrato físico mientras que las mujeres lo sería más de negligencia.

-Inexperiencia

No se puede asumir que el hecho de que una persona que no tenga una base o una experiencia como cuidador sea proclive a ser responsable de maltrato; pero sí puede ser esa inexperiencia considerada como un factor de riesgo.

Los cuidadores suelen ser por lo general familiares de la propia persona mayor y suelen carecer de un entrenamiento o aprendizaje formal, lo que hace que el cuidador sea más sensible al estrés, a la malinterpretación de los comportamientos de la persona mayor, etc. Lo que puede desencadenar en malos tratos más fácilmente que si la persona responsable de los cuidados fuera un profesional.(40)

-Trastornos psicológicos

Aunque no está demostrado que la presencia de trastornos psicológicos en la persona cuidadora tengan una relación directa con convertirse en responsable de malos tratos, si se sugiere en la evidencia, que los problemas psicológicos pueden llevar a tener problemas de autocontrol con la persona mayor, pueden llevar también a que el cuidado de esta no sea efectivo, etc.

No hay una evidencia explícita como tal pero por ejemplo, en el estudio de prevalencia de malos tratos del País Vasco, un 25% de sospecha de malos tratos se asocia a los problemas psicológicos del posible agresor; que es una cifra bastante elevada.

-Abuso de sustancias

Como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, el abuso de sustancias puede interferir con la capacidad de regular el comportamiento de uno mismo hacia otra persona.

El abuso de sustancias puede afectar a que se dé un abandono de la persona mayor por priorizar el consumo por parte del responsable, puede deteriorar el juicio de la persona responsable del anciano, puede provocar episodios de agresividad e ira hacia la persona mayor, etc.

Para concluir con este apartado de factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato, a los anteriores citados se podrían sumar el estrés, la sobrecarga, la dependencia, los problemas económicos, etc.(6)

1.4.1.5. Prevención de los MTPM

La dimensión preventiva nos implica a todos; tanto a profesionales, familiares, las organizaciones sanitarias, de servicios sociales y docentes, como a los mismos mayores y, en definitiva, a toda la estructura social. Desde esta perspectiva, surge la necesidad de sensibilizar y formar a todo el mundo para evitar o eliminar este tipo de situaciones.

Existen diferentes niveles de prevención de malos tratos que son los que voy a exponer a continuación:

Prevención Primordial: Evitar la aparición y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a aumentar el riesgo de malos tratos. Las medidas que se proponen son de las denominadas indirectas y pretenden incidir sobre las actitudes y asunciones morales de una sociedad y de sus diferentes colectivos.

Serían medidas como la sensibilización de la sociedad, priorizar la información y la comunicación con los cuidadores informales, intentar cambiar el estigma asociado a la vejez, comunicar alternativas de cuidado, etc. Quizás hiciera falta la formación de profesionales en la materia, más campañas publicitarias, apoyo y coordinación con ONGs, etc.

Los expertos están de acuerdo en que estas medidas tienen una eficacia mayor de la que a primera vista pueda parecer. La puesta en marcha de estas propuestas puede estar fuera del alcance de los distintos profesionales ya que es complicada y debería darse a un nivel superior (campañas de gobierno, asuntos sociales) , pero su participación en el desarrollo de las mismas resultará necesaria en muchas ocasiones.(2)

Prevención Primaria: Se debe asumir que todo anciano posee el riesgo de presentar este problema e intentar proporcionar ayuda a todos los individuos comprometidos en el cuidado de las personas ancianas, dependan o no de sus cuidadores. Hay que evitar la aparición de casos nuevos (incidencia) de malos tratos mediante el control de las causas y de los factores de riesgo.

Parece complicada la tarea de impedir que los casos ocurran, pero como se detalla más adelante, existen indicadores, “pistas” que nos pueden hacer sospechar de que o bien se están dando los MTPM o bien, se pueden dar. Por ello es primordial establecer un programa como el que se pretende diseñar en este proyecto, que se instaure en todo lo que abarca Atención Primaria, contando con equipos multidisciplinares, perfectamente coordinados que si ya no pueden evitar estas situaciones, por lo menos, sean detectadas a tiempo de resolverlas.

Prevención Secundaria: Consiste en reducir la prevalencia de malos tratos mediante la detección precoz de los casos ocultos y la intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia.

Como decía anteriormente, si somos incapaces de detectar o evitar nuevos casos, por lo menos habrá que procurar detectarlos a tiempo una vez ocurridos y resolverlos. Es lo que pretende principalmente este programa que explico en apartados posteriores que va desde la sospecha hasta la intervención y resolución.

Prevención Terciaria: Reducir el progreso o las consecuencias de una situación de malos tratos ya establecida, minimizando las secuelas y sufrimientos causados(41, 42)

2. ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA

A nadie se le escapa la situación de crisis en la que se encuentran inmersos los estados de bienestar, la cual afecta directamente a sanidad y servicios sociales. La falta de adecuación entre la demanda creciente, debido al crecimiento poblacional, y los recursos limitados han planteado a los gobiernos la preocupación de la sostenibilidad, la solidaridad, la suficiencia y la gobernabilidad. Esta coyuntura demanda inexcusablemente, la absoluta necesidad de adoptar decisiones de carácter político en defensa del sistema público sanitario.

Por todo ello, en agosto de 2012 el Departamento de Salud de Navarra desarrolló un borrador de un Plan de Salud de Navarra (2014-2020) que consiste en una hoja de ruta de la legislatura y en el que se contemplan un conjunto de cambios estructurales para cambiar el modelo de atención vigente.

Todos estos cambios pretenden lograr un modelo de atención centrado en el paciente y con una atención verdaderamente integrada para superar el actual cuestionamiento del sistema.

Como autora de este proyecto, presento este Plan porque leyéndolo en profundidad, considero que este programa que planteo encaja perfectamente con la filosofía de este Plan Navarro de Salud que pretende instaurarse en un futuro muy próximo. Para demostrar esto, he cogido unas líneas del nuevo diseño de este plan, que reflejan la necesidad del diseño de este programa de “detección y prevención de malos tratos a personas mayores” y justifican su elaboración.

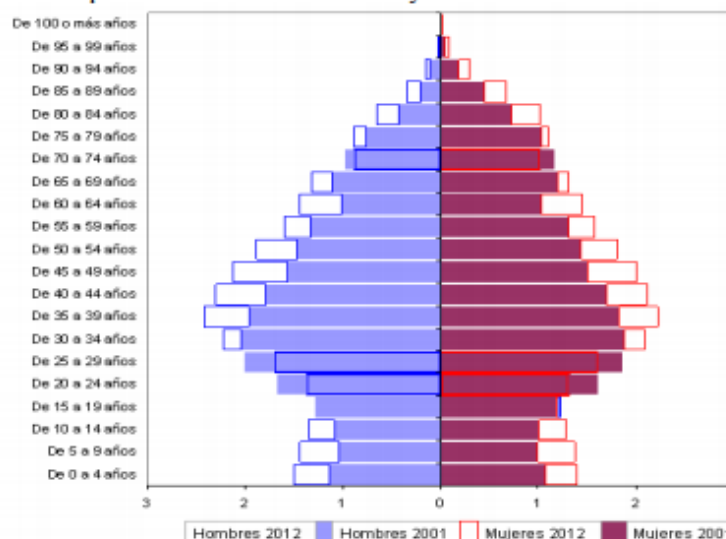
En primer lugar, este nuevo plan se elabora por un motivo principal, salir del modelo biomédico que todavía perdura en el sistema sanitario, y enfocararlo hacia un modelo más bio-psico-social, donde se prime la salud no solo física del paciente, sino que se tenga en cuenta el entorno, lo social, etc.

En segundo lugar, el plan se articula en una primera parte, en torno a tres grandes bloques de diagnóstico previo. Esta parte de diagnóstico, es una extensa introducción que describe la situación de la población actual en distintos ámbitos. Sobre esta extensa descripción exhaustiva, es sobre la que se plantea el Plan con perspectivas de futuro. Estos tres bloques son, los factores sociodemográficos de la población, el estado de salud de ésta y el sistema sanitario en sí mismo.

En el primer bloque de este plan, se tratan temas como la estructura de la población que se muestra muy envejecida puesto que cada vez vivimos más.

Navarra es la Comunidad Autónoma que presenta la esperanza de vida al nacer más alta, tanto en hombres como en mujeres. A lo largo del periodo 2001-2010, se ha incrementado en 2,1 años la esperanza de vida al nacer de los hombres y en 3,1 la de las mujeres. . En el año 2010, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 80,9 años en los hombres y 87,0 años en las mujeres mientras que la estimada para España era de 78,9 y 84,9 años, respectivamente.

Figura 1. Pirámides de población de Navarra 2001 y 2012



Otro tema que se trata en este primer bloque del Plan Navarro de Salud y que pudiera justificar la elaboración de este proyecto es el estrés. El Plan aboga que en los últimos años, como consecuencia de la crisis financiera, han crecido y profundizado las fuentes de estrés. En la ENS (Encuesta Nacional de Salud de 2011), en Navarra la valoración del nivel de estrés laboral alcanza una puntuación de 4,0 en una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante) y el estrés es mayor en hombres 4,2 que en mujeres 3,8. Este es un dato bastante alarmante en este proyecto en cuestión puesto que como he comentado anteriormente, el estrés forma parte de una de las teorías causales de malos tratos a la persona mayor.

Pasando al segundo bloque de este Plan Navarro de Salud, nos encontramos con una descripción exhaustiva del estado de salud de la población de Navarra a día de hoy. Y en este bloque, interesan algunos temas que hacen que este proyecto de detección y prevención de malos tratos, sea más necesario.

En primera instancia, uno de los principales temas que trata este segundo bloque es, discapacidad y dependencia; y el Plan argumenta que: *“El número de personas evaluadas por la Agencia Navarra de Promoción de la Autonomía y prevención de la Dependencia pasó de 8.839 personas en 2007 a 17.413 en 2011; siendo uno de los diagnósticos más frecuentes las demencias en mayores de 65 años.”* Este es otro punto importante, ya que la dependencia y sobretodo los diagnósticos de demencia, como ya se ha dicho anteriormente, son dos factores de riesgo importantes que aumentan mucho la probabilidad de padecer malos tratos.

En este segundo bloque, hay un punto indispensable que justifica como ningún otro la elaboración de este proyecto y es, el maltrato a personas mayores. El Plan dice que las situaciones de maltrato a las personas mayores, son consideradas por la OMS como un problema social grave. La prevalencia de sospecha de malos tratos en base a informes técnicos alcanza casi el 12%, pero posiblemente sea superior en personas mayores con déficits cognitivos.(43)

En un trabajo reciente del Instituto Vasco de Criminología, los datos de varios estudios apuntan que entre un 2,5% y un 3,9% de los ancianos son maltratados en el seno de la familia. Con respecto a cada una de las tipologías, los datos varían en función del tipo de estudio realizado. Así, de entre los casos detectados y confirmados por los servicios sociales, un 90% lo son por abandono físico. Por contra, si la información proviene de encuestas dirigidas a la población general de ancianos, es el maltrato físico el predominante (64%). El Abuso sexual a ancianos representa, en cualquier tipo de trabajos, cifras no superiores al 2% del total de los casos de maltrato; entre un 20% y un 40% de los casos existentes sufren maltrato psicológico y entre un 12% y 18% sufren violación de los Derechos.(44)

Por último, para acabar con esta primera introducción de diagnóstico del Plan Navarro de salud, decir que hay problemas de salud emergentes que pueden aumentar la probabilidad de situaciones de maltrato como la disminución de ayudas económicas para la dependencia, la sobrecarga de los cuidadores informales, etc.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de actuación frente a los malos tratos al paciente anciano que permita prevenirlos, detectarlos y solventarlos, en el área de Atención Primaria.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diseñar unas pautas de sospecha que permitan detectar precozmente situaciones de malos tratos



2. Investigar y destapar situaciones de malos tratos al paciente anciano en la consulta de Atención Primaria



3. Crear unas líneas de actuación ante las situaciones de malos tratos que puedan darse



4. Redactar un informe de prevención de malos tratos que pueda utilizarse a modo de guía para el cuidador

4. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO

4.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA

Dirigido a personas mayores de 65 años susceptibles (es decir, aquellos de los que se sospeche una evidencia de malos tratos o aquellos que tengan más probabilidad de padecerlos por la situación familiar, el perfil del cuidador, etc.) de padecer situaciones de malos tratos por parte de los responsables de su cuidado en el hogar. De forma colateral, también iría dirigido a los cuidadores responsables de personas mayores de 65 años que puedan estar sufriendo alguna situación de sobrecarga o estrés.

Para limitar en número de pacientes con los que se llevaría a cabo el programa (porque no sería viable su realización con todos los pacientes mayores de 65 años), a continuación pongo algunas situaciones que nos hagan sospechar que están siendo víctimas de MTPM y que conviertan a los pacientes en idóneos para el programa:

- Que estén en situación de dependencia moderada/grave
- Que su cuidador sea informal
- Que haya registrado algún diagnóstico de ansiedad o estrés por parte del paciente o de su cuidador
- Que tenga visitas recurrentes por lesiones físicas/caídas
- Que no siga las pautas de tratamiento estipuladas
- Que lleguen por derivación de Servicios Sociales por sospecha de MTPM
- Que lleguen por derivación de algún recurso social o comunitario por sospecha directa de MTPM
- Que su cuidador/a tenga diagnósticos previos de ansiedad/adicciones, etc.
- Que la posible víctima tenga diagnósticos previos que recojan algunos indicadores de MTPM
- Que tengan diagnóstico de déficit cognitivo

Este programa se pretende incluir en el quehacer diario de los profesionales sanitarios de atención primaria (médico de cabecera, enfermería y trabajo social). La idea es incluirlo en cualquier visita periódica con aquellos pacientes de los que haya sospecha, iniciando así el curso del programa, que se llevaría a cabo en citas programadas en el domicilio o en el propio consultorio médico (lugar que prefiera o beneficie más al paciente).

En cuanto a la zona geográfica, para iniciar una puesta en marcha del programa piloto he seleccionado la población de Tafalla debido a sus características sociodemográficas. Puesto que es una población media en número de habitantes, que posee una gran variedad de recursos sociales, comunitarios y sanitarios y sería una buena elección en la que probar si el programa cumple con lo que pretende, sin complicaciones de excesiva población y recursos.

Tafalla es un municipio de la Comunidad Foral de Navarra que se encuentra a 35 km al sur de Pamplona. Cuenta con una población de 10966 habitantes (Hombres: 5441 – Mujeres: 5525).

En cuanto a la población diana general de personas mayores de 65 años, mediante conversaciones telefónicas con el Ayuntamiento de Tafalla, la profesional responsable del padrón, me ha facilitado los siguientes datos:⁷

Rango de edad	Nº de personas
66-70 años	622 personas
71-75 años	470 personas
76-80 años	383 personas
81-85 años	414 personas
86-90 años	257 personas
91-95 años	120 personas
Más de 96 años	28 personas
Total personas mayores de 65 años	2294 personas

En cuanto a la sanidad, Tafalla cuenta con un centro de salud que dispone de los siguientes servicios: (45)

- Equipo de Atención Primaria.
- Centro de Atención a la Mujer (CAM).
- Centro de Salud Mental.
- Asistencia ambulatoria de Especialidades médicas.
- Servicio de rehabilitación.
- Servicio de radiología.
- Servicio Especial de Urgencias.
- Servicio Terapéutico Municipal.

⁷ Los datos sociodemográficos que recoge la tabla han sido facilitados por el Ayuntamiento de Tafalla, por la profesional responsable del padrón de la ciudad. Son datos actualizados.

- Veterinaria.
- Forense.

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Compuesto por:

- 7 médicos de familia (incluido el consultorio de Barasoain).
- 8 enfermeras.
- 2 pediatras.
- 1 enfermera de pediatría.
- 1 Trabajadora Social.
- 3 administrativos.
- 1 auxiliar de clínica.
- 1 celador.

Además de las consultas de medicina, enfermería y trabajo social, el EAP programa grupos de Educación para la Salud (EpS) dirigido a sectores concretos de población (tercera edad, minorías étnicas, cuidadoras) o bien a personas afectadas por problemas comunes (tabaquismo, diabetes), y otro tipo de actividades como campañas de sensibilización (protección solar, día mundial sin tabaco, campañas de vacunación..) y colabora con el CAM en el programa de Educación Maternal con 2 sesiones por cada grupo.

Asimismo colabora en actividades comunitarias junto con otras instituciones, asociaciones u ONG, especialmente Ayuntamiento, centros escolares, etc.

Asimismo se dispone de una consulta de Cirugía Menor y Botiquín de Enfermería.

CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER:

Compuesto por las siguientes consultas:

- 2 ginecología.
- 2 matronas.
- 2 enfermeras.
- 1 educadora sanitaria.
- 2 administrativos.

CENTRO DE SALUD MENTAL:

Consta de las siguientes consultas:

- 1 psiquiatra.
- 1 psicóloga.
- 1 trabajadora social.
- 1 enfermera psiquiátrica.
- 1 administrativa.

ASISTENCIA AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS:

Las consultas de especialidades médicas son las siguientes:

- oftalmología.
- otorrinolaringología.
- odontología.
- traumatología.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN:

Consta de:

- 1 consulta de rehabilitación médica.
- gimnasio con 3 fisioterapeutas.

SERVICIO DE RADIOLOGÍA:

Cuenta con un equipo de rayos X atendido por 2 Técnicas Especialistas en Radiología. Actualmente no médico radiólogo, por lo que las radiografías deben ser informadas en Pamplona (se envían y reciben mediante correo interno).

SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS:

Atendido por 1 médico, 1 enfermera y 1 celador en horario de 3 de la tarde a 8 de la mañana y fines de semana.

SERVICIO TERAPÉUTICO MUNICIPAL:

Es de dependencia municipal. Actualmente ha quedado reducido a las siguientes consultas:

- 2 logopedas.
- 1 psicomotricista a tiempo parcial.

La consulta de psicología infantil ha quedado absorbida por el Centro de Salud Mental.

VETERINARIA:

Se ocupa de la lo referente a Salud Pública (inspección de locales e alimentación, sanidad animal, etc.).

FORENSE:

Actualmente hay una consulta forense a tiempo parcial, dependiente del Juzgado.

Como se ve reflejado anteriormente, si se implanta el programa en esta localidad tendríamos un grosor de población importante con la que trabajar; alrededor de un 20.92% de la población total de la localidad, son mayores de 65 años y lo que es más importante, de ese 20.92%, 819 personas son mayores de 80 años y comprenden un perfil de población más dependiente, más vulnerable y quizás, más población de riesgo de sufrir MTPM.

Además, se puede comprobar que la localidad dispone de los servicios idóneos para la implantación del programa sin que las dificultades sociodemográficas y geográficas sean excesivas para la prueba.

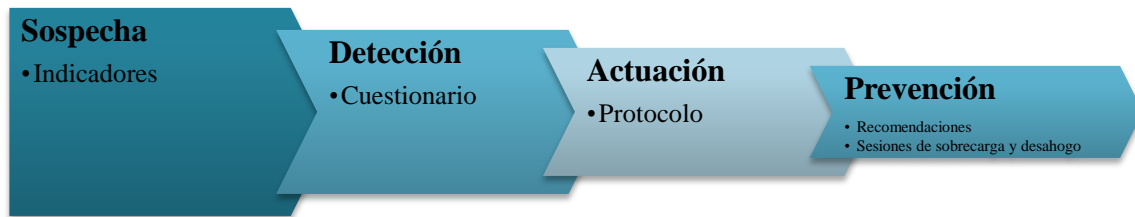
Dispone de un equipo de Atención Primaria compuesto por un número de profesionales importante del que disponer para llevar a cabo el programa, contando con médicos, enfermería y trabajo social; por lo que el personal necesario ya estaría contratado.

También el EAP (Equipo de Atención Primaria) posee servicios concretos dirigidos a personas mayores, lo que sería beneficioso para el programa porque se contaría ya con profesionales especializados en materia que podrían aportar mejoras y nuevas iniciativas una vez puesto en marcha el programa piloto.

Además dispone de otros servicios del que nos pudiéramos valer para la detección de malos tratos como es el centro de salud mental, el servicio de rehabilitación y el servicio especial de urgencias, entre otros.

Se escoge esta población porque sus servicios son idóneos para trabajar el programa, el volumen de población con el que se cuenta y también tiene un volumen suficiente como para que sea viable llevarlo a cabo.

4.2. ACTIVIDADES PARA ALCANZAR CADA OBJETIVO



4.2.1. SOSPECHA: Indicadores de malos tratos



A continuación, se ha diseñado una tabla con una serie de indicadores que pudieran hacer sospechar (nunca asegurar porque no es información suficiente) de una situación de maltrato. Para su diseño he utilizado bibliografía de la doctora Adelia de Miguel Negro, catedrática en psicología.

Dicha tabla sería conveniente que estuviese en manos del profesional de Atención Primaria que se dedicase a las exploraciones físicas y psicológicas del paciente (médico de cabecera o enfermería). Se pretende que la tenga presente en cualquier visita rutinaria que haga cualquier persona mayor con cuidador informal. La exploración y la visita en general, sería importante que únicamente estuviese el profesional médico y la persona mayor puesto que la presencia del cuidador coaccionaría la información.

Hay que tener en cuenta que existen muchas barreras para que la persona mayor hable libremente de la situación de malos tratos. El miedo, ansiedad, dependencia, vergüenza, culpa, etc. Y todo ello debe ser entendido por los profesionales que intervengan.

Para poder sospechar de MTPM, se tienen que dar varios indicadores de la tabla (con uno solo es inviable hablar de malos tratos); un simple “moratón” no basta, ya que puede ser objeto de cualquier golpe absurdo y accidental.

Además deben darse indicadores de distintos ámbitos puesto que el maltrato se suele expresar de diversas formas. Tampoco es viable centrarse en un solo ámbito como por ejemplo el maltrato psicológico, puesto que muchos de sus indicadores se pueden expresar en una persona mayor con un cuadro de demencia; por ejemplo.

Si además de darse algunos de estos indicadores en la persona mayor, se observa en el cuidador estrés o depresión, excesiva preocupación por los costes, dependencia económica, actitudes de cólera o indiferencia hacia la persona mayor, problemas de alcohol y/ o drogas y no permite al anciano hablar por sí mismo; en esta situación, si se pudiera sospechar de una posible situación de malos tratos.

Además habrá que comprobar cuál es la gravedad de la situación, recopilar cuál es el tipo de maltrato que el anciano recibe, con qué frecuencia, habrá que hacer una evaluación psicológica del anciano, y una evaluación del responsable de los malos tratos y del entorno en el que conviven.(46)

Por último, sería conveniente que si alguno de los indicadores físicos o sexuales de la tabla siguiente se diesen, se le preguntase al paciente a solas durante la exploración, cuál es el origen de los daños, como se los ha hecho, etc.

Indicadores de malos tratos al paciente anciano

MALTRATO FÍSICO

- Moratones
- Fracturas
- Quemaduras
- Marcas de ataduras
- Dolor al ser explorado
- Heridas
- Desprendimiento de retina
- Ausencia de pelo
- Sangre en el cuero cabelludo

MALTRATO PSICOLÓGICO

- Cambios repentinos de conducta
- Miedo inexplicable
- Ansiedad
- Depresión
- Impotencia/indefensión
- Indecisión para hablar abiertamente
- Poco comunicativo
- Falta de contacto visual
- Agitación

MALTRATO ECONÓMICO

- Patrón irregular en gastos
- Cambios repentinos en testamento
- Falta de utensilios que el anciano pudiera permitirse
- Inclusión de nombres adicionales en la cartilla del banco
- Firmas falsificadas
- Desaparición sospechosa de propiedades

ABUSO SEXUAL

- Moratones alrededor del pecho y/o genitales
- Enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación
- Hemorragias vaginales y/o anales sin explicación
- Ropa interior rasgada, manchada o con sangre

VIOLACIÓN DE DERECHOS

- Disminución de la autoestima en el anciano
- Pérdida de confianza
- Ausencia inexplicable a consultas médicas
- Negación de tratamientos

NEGLIGENCIA

- Carencia de cuidado personal
- Úlceras por presión
- Malnutrición
- Deshidratación
- Vestimenta inadecuada
- Falta de higiene

NEGLIGENCIA CON MEDICAMENTOS

- Somnolencia
- Hiperactividad
- Agitación
- Depresión
- Incoherencia en el discurso
- Confusión
- Mal equilibrio
- Análíticas anormales

4.2.2. DETECCIÓN: Cuestionario



El siguiente cuestionario⁸ se diseña con el objetivo de que sea practicado o bien por el personal de enfermería o por el/la trabajador/a social de Atención Primaria; puesto que es en este nivel de atención donde mejor se pudieran detectar situaciones de malos tratos en el hogar.

El cuestionario se realizaría en una consulta rutinaria normal de atención primaria y se le expondría al paciente en solitario puesto que la presencia del cuidador o acompañante condicionaría los resultados. La idea es que este cuestionario se lleve a la práctica como parte de la rutina del centro de salud (igual que con la tabla de indicadores anterior); de manera que puedan detectarse situaciones de malos tratos de forma más sutil, sin acusaciones ni prejuicios y de forma espontánea. Se le dedicaría un tiempo extra en la consulta rutinaria. Se podría llevar a cabo en la misma consulta o derivándolo a otra sala como parte del protocolo con cualquiera de los dos profesionales indicados anteriormente. El perfil profesional seleccionado (enfermería o trabajo social) es de esta índole puesto que son los que más conocimiento tienen del paciente y su entorno.

Con todo esto, el cuestionario sería el siguiente. Lo he diseñado en forma de forma que va desde preguntas muy abiertas y generales, que den pie a una conversación tranquila y sin que dé para sospechar de nada; a otras que son más específicas y entradas en materia, que serían las del final; y se preguntarían si se va viendo que la persona mayor cuestionada en este caso, entra en temas de malos tratos o conductas sospechosas.

No hay que olvidar que son preguntas abiertas, que en número no pueden ser mucho más porque empezariamos a concretar y a dar por hecho situaciones que incomodarían al paciente. La idea es que él hable y se desahogue partiendo de preguntas inocentes que no pretenden juzgar a nadie y que él solo, vaya contando poco a poco su situación.(47)

⁸ El cuestionario “oficial” que sería practicado por el profesional, está adjuntado como anexo 1, al final de éste trabajo.

Cuestionario

¿Quién cuida de usted en casa?

¿Cree usted que lo hace bien?

¿Se siente usted bien en su hogar?

¿Tiene miedo de la persona que le cuida?

¿Considera que se le trata con cariño y respeto?

¿Se siente seguro en el sitio en que vive y con quien vive?

¿Está usted solo mucho tiempo?

¿Cómo es un día normal para usted desde que se levanta?

¿Considera que se podría mejorar algo en sus cuidados personales?

¿Tienen en cuenta las cosas que usted desearía hacer?

¿Alguien le ha obligado a hacer cosas que usted no desea hacer?

¿Alguien le ha negado alguna vez comida o medicación?

¿Alguien le ha gritado o castigado alguna vez?

4.2.3. PROTOCOLO: Protocolo de actuación



El diseño de este nuevo protocolo de actuación para situaciones de malos tratos en personas mayores, nace de la fusión de distintos protocolos y distintas fuentes encontradas en la evidencia existente.

Es un protocolo que se debería llevar a cabo por profesionales de servicios sociales y centros de salud como médicos, enfermeras y trabajadores/as sociales. Se considera que son los perfiles profesionales mejor preparados para detectar, identificar, actuar y prevenir este tipo de casos. Además por norma general, suelen ser los profesionales que la población tiene como referencia a la hora de dirigirse en situaciones como éstas.

Ante una sospecha de malos tratos, debieran ser estos profesionales los encargados de documentar los hechos, investigarlos, analizar el contexto, etc. Para asegurarse sobre todo, de que no se acusa a nadie injustamente de un hecho que puede ser justificado por otras causas (como marcas que son consecuencia de caídas); puesto que es un tema muy controvertido y puede dar lugar a graves malentendidos y situaciones diversas. Hay que recordar que primero de todo, se debe trabajar con una presunción de inocencia previa y de forma objetiva, sin juicios y acusaciones, siempre y cuando no se pueda demostrar.

En cuanto a las actuaciones ante situaciones como estas, antes que nada hay que tener en cuenta principios como:

- Preservar los derechos fundamentales de todo ser humano: Constitución Española (1978). Artículo 10(48)
 - Dignidad
 - Participación
 - Autonomía
 - Información
 - Respeto
 - Libre desarrollo de la personalidad
 - Necesidades básicas cubiertas
 - Confidencialidad

- Etc.

Por último para llevar a cabo tanto este tipo de protocolos como los programas y líneas de detección anteriores, se debe actuar siempre de forma individualizada, identificando las demandas de la víctima, entendiéndolas y haciendo al “protagonista” participante de los hechos.

Tenerlo siempre bien informado, con confidencialidad y guiándole y apoyándole a lo largo de todo el proceso, desde su inicio hasta su cierre.

Tener en cuenta todos los factores que entran en juego como el entorno, el posible agresor, la situación emocional, la relación, etc.(49)

En cuanto al protocolo, se ha tenido en cuenta que sea breve y sencillo puesto que el tiempo en atención primaria es limitado. Consta de tres pautas generales de actuación que siguen un orden cronológico e indican como actuar antes una situación de malos tratos de principio a fin; eso sí, teniendo en cuenta todo lo diseñado anteriormente en los otros objetivos específicos.

- **Protocolo**

1. Elaborar un diagnóstico social a través del estudio de las variables que indiquen en las situaciones de malos tratos (familia, anciano, indicadores de malos tratos)
 - a. Estudio de los aspectos que pueden incidir en este tipo de situaciones
 - b. Valoración de la problemática en cuanto a su gravedad y evidencia (Si los daños físicos son determinantes de una situación de malos tratos, si es casi evidente que se están dando por el relato y el comportamiento de la víctima, etc.)
 - c. Intervención con el equipo de salud (médico, enfermera, trabajador/a social, etc.) para presentar la situación y trazar posibles líneas solutorias.
 - d. Hacer accesible la relación con el agresor para contrastar la situación y tener en cuenta las dos partes.

Técnicas: Registro, observación, entrevista a ambas partes por separado, cuestionario diseñado anteriormente (sólo a la víctima), informe social.

Instrumentos: Cuestionario diseñado de malos tratos, escala de indicadores desarrollada junto con el primer objetivo, historia social, etc.

2. Orientar y capacitar a las víctimas de los problemas derivados de estas situaciones para que sean propios agentes de recuperación y rehabilitación.
 - a. Información y orientación sobre recursos sociales de apoyo y elaboración de los trámites pertinentes (denuncias, comunicados, etc.)
 - b. Asesoramiento, mediación y apoyo en la situación de conflicto entre ambas partes (víctima y posible agresor).
 - c. Gestión y aplicación de los recursos existentes.
 - d. Promoción de la rehabilitación y reinserción (alternativas a la situación de malos tratos en la convivencia familiar como residencias, centros de día, terapias, club de jubilados). A continuación se destina un punto concreto para nombrar algunos de los muchos recursos sociales existentes en Navarra que se pudieran utilizar como alternativa para este tipo de situaciones. Se adjunta como Anexo 2.
 - e. Coordinación con otros servicios y recursos.

Técnicas: Visitas domiciliarias, reuniones de coordinación, sesiones clínicas, etc.

Instrumentos: Guías de recursos (residencias, centros de día, cursos para cuidadores de persona mayores, etc.).

3. Actuación y evaluación de la situación de malos tratos en proceso de resolución.
 - a. Presentación al agresor del informe de prevención desarrollado en este proyecto y asesoramiento de posibles recursos para evitar futuras situaciones de malos tratos.
 - b. Seguimiento de la nueva situación creada para la víctima
 - i. Si permanece en el hogar con su cuidador: Visitas domiciliarias periódicas, citas con el médico de familia programadas, llamadas telefónicas de “control”, reuniones periódicas con el profesional de referencia para evaluar la

evolución de la intervención y plantear alternativas al hogar si la situación persistiese.

- ii. Si cambia de domicilio: Evaluación periódica de su estado bio-psico-social en la institución en la que se encuentre, coordinación y comunicación fluida entre la institución y el profesional de referencia encargado de cada situación de malos tratos, para que exista un seguimiento.

c. Evaluación anual

- i. Diseño de una memoria anual que recoja todas las situaciones de malos tratos atendidas por los profesionales en el centro de salud, para realizar un análisis exhaustivo de las actuaciones, eliminar malas acciones y plantear mejoras.

Técnicas: Reuniones interdisciplinarias una vez por semana, seguimiento domiciliario/ telefónico, registro, evaluación, etc.

Instrumentos: Actas de las reuniones, informes, memorias, proyectos de mejora.(50)

A continuación se adjunta todo el protocolo a modo de ficha para su más sencillo manejo y comprensión.

1. Elaborar un diagnóstico social a través del estudio de las variables que indican en las situaciones de malos tratos (familia, anciano, indicadores de malos tratos)

a) Estudio de los aspectos que pueden incidir en este tipo de situaciones

b) Valoración de la problemática en cuanto a su gravedad y evidencia (Si los daños físicos son determinantes de una situación de malos tratos, si es casi evidente que se están dando por el relato y el comportamiento de la víctima, etc.)

c) Intervención con el equipo de salud (médico, enfermera, trabajador/a social, etc.) para presentar la situación y trazar posibles líneas solutorias.

d) Hacer accesible la relación con el agresor para contrastar la situación y tener en cuenta las dos partes

TÉCNICAS: Registro, observación, entrevista a ambas partes por separado, cuestionario diseñado anteriormente (sólo a la víctima), informe social

INSTRUMENTOS: Cuestionario diseñado de malos tratos, escala de indicadores desarrollada junto con el primer objetivo, historia social, etc.

2. Orientar y capacitar a las víctimas de los problemas derivados de estas situaciones para que sean propios agentes de recuperación y rehabilitación.

a) Información y orientación sobre recursos sociales de apoyo y elaboración de los trámites pertinentes (denuncias, comunicados, etc.)

b) Asesoramiento, mediación y apoyo en la situación de conflicto entre ambas partes (víctima y posible agresor).

c) Gestión y aplicación de los recursos existentes.

d) Promoción de la rehabilitación y reinserción (alternativas a la situación de malos tratos en la convivencia familiar como residencias, centros de día, terapias, club de jubilados).

e) Coordinación con otros servicios y recursos

TÉCNICAS: Visitas domiciliarias, reuniones de coordinación, sesiones clínicas, etc.

INSTRUMENTOS: Guías de recursos (residencias, centros de día, cursos para cuidadores de persona mayores, etc.).

3. Actuación y evaluación de la situación de malos tratos en proceso de resolución

a) Presentación al agresor del informe de prevención desarrollado en este proyecto y asesoramiento de posibles recursos para evitar futuras situaciones de malos tratos.

b) Seguimiento de la nueva situación creada para la víctima

- Si permanece en el hogar con su cuidador: Visitas domiciliarias periódicas, citas con el médico de familia programadas, llamadas telefónicas de "control", reuniones periódicas con el profesional de referencia para evaluar la evolución de la intervención y plantear alternativas al hogar si la situación persistiese.
- Si cambia de domicilio: Evaluación periódica de su estado bio-psico-social en la institución en la que se encuentre, coordinación y comunicación fluida entre la institución y el profesional de referencia encargado de cada situación de malos tratos, para que exista un seguimiento.

c) Evaluación anual

- Diseño de una memoria anual que recoja todas las situaciones de malos tratos atendidas por los profesionales en el centro de salud, para realizar un análisis exhaustivo de las actuaciones, eliminar malas acciones y plantear mejoras.

TÉCNICAS: Reuniones interdisciplinarias una vez por semana, seguimiento domiciliario/ telefónico, registro, evaluación, etc.

INSTRUMENTOS: Actas de las reuniones, informes, memorias, proyectos de mejora.

4.2.4. INFORME: Informe de prevención



A la hora de trabajar con los MTPM es necesario, que esto se convierta en una tarea asistencial cotidiana, es decir, que no se tome como un tema casual de una situación y persona determinada; sino que se cuente con ellos a diario. Por ello, este programa pretende introducirse en la cotidianidad de la atención primaria; porque los casos de MTPM no se buscan, surgen; y ya que son difíciles de detectar, que mejor manera que tener el tema presente a diario.

Además, en este punto se pretende el diseño de una serie de recomendaciones para el cuidador informal a la hora de desempeñar su labor. Comprende unas recomendaciones que pretenden prevenir que la situación de MTPM se repita o empeore. Estaríamos hablando de una prevención terciaria, porque la situación de MTPM ya se habría detectado y actuado sobre ella, y en este punto quedaría prevenir futuras situaciones y agravamientos.(51)

Esta información llegaría al cuidador desde la consulta de Atención Primaria una vez detectado anteriormente evidencia de MTPM, una sobrecarga, etc.

No hay que olvidar que todo este programa que se diseña en este proyecto, es un proceso que va desde la sospecha, la detección, la actuación, hasta la prevención de futuras situaciones.

En cuanto a las recomendaciones, decir que han sido extraídas de distinta bibliografía encontrada sobre el tema y llevada en otras comunidades autónomas.

➤ **Recomendaciones para evitar nuevas situaciones de malos tratos (MTPM) y futuros agravamientos:(2)**

Para que lleve a cabo la propia persona mayor:

- Evitar el aislamiento fomentando y manteniendo nuevas y viejas amistades, procurando tener a alguien de suma confianza con quien hablar y desahogarse, recibir visitas en casa aunque éstas sean breves, prepararse e intentar hacer cosas nuevas (salir, ir a visitar algo), participar en actividades que se desarrollen dentro de la propia comunidad o vecindario, participar en actividades de voluntariado dentro de la comunidad, etc.
- Mantenerse activo saliendo a comprar, yendo a la peluquería, al médico. Salir a pasear en buena compañía, hacer deporte con moderación y dentro de las propias posibilidades, etc.
- Tener control sobre sus propiedades sabiendo de qué dinero se dispone, controlando que no falte de nada y que no se haga un mal uso de los bienes, etc.
- Procurar siempre que se pueda tener consejo legal objetivo y ajeno al hogar, en cuanto a transferencias bancarias o de propiedad.
- Procurar tener la casa atendida, haciendo las labores de limpieza y orden, a la vez que uno se mantiene activo.
- Siempre que sea posible ocuparse de las propias necesidades básicas como la higiene, el alimento, etc. Siendo siempre independiente.
- Saber a quién acudir para pedir ayuda cuando ésta sea necesaria.

Lógicamente, estas recomendaciones van dirigidas a aquellas personas mayores que tengan un estado físico y mental positivo. Hay que tener en cuenta que se añaden porque no está de más que aquellas personas mayores que puedan llevarlas a cabo lo hagan, aunque esta fase del programa esté enfocada con exclusividad al cuidador informal.

Para que lleve a cabo el cuidador/a:

- Cuidar de uno mismo. Sacar siempre tiempo para salir y desconectar de los cuidados de la persona mayor, evitando así sobrecargas.

- Procurar mantener contacto con familiares cercanos puesto que en un momento dado, pueden servir de ayuda en situaciones de excesivo trabajo o porque se requiere de un descanso.
- Encontrar fuentes de ayuda y utilizarlas como por ejemplo, charlas y talleres de cómo cuidar a personas mayores, que recursos existen en el tema y de cuáles te puedes beneficiar, que ayudas puedes recibir, a que tienes derecho como cuidador informal, etc.
- Conocer recursos institucionales por si algún día pueden ser la alternativa a la situación.
- Potenciar siempre la independencia de la persona mayor, para no hacer trabajos innecesarios y para que el trabajo no se sobrecargue. Mantener la independencia siempre que se pueda y no cortarla porque lleve más tiempo, etc.
- Vivir con vistas a futuro. Saber en todo momento hasta dónde se va a ser capaz de llegar, y buscar alternativas para cuando no se pueda ejercer la labor de cuidados. Aprender a conocer a la persona mayor, sus limitaciones y sus deterioros progresivos; y valorar hasta donde se puede llegar, para poner solución si se diera el caso de que no se puede hacer frente.
- Procurar el desahogo con alguien de confianza, o en su defecto, con un profesional que pueda asesorarle y orientar su labor.
- Formarse en cuidados a personas mayores para conocer cómo manejarlos, como hacer higiene, aprender nuevas técnicas y estar al día en tecnologías y apoyos.

Para facilitar el manejo y la comprensión de estas recomendaciones a la hora de ponerlas en práctica, se han resumido a continuación, en un sencillo folleto que sirva como instrumento de comunicación entre el profesional y el cuidador (y también en función del deterioro de la persona mayor, si es leve, a él también se le puede incluir. Por eso aparece un apartado para la persona mayor). El profesional deberá explicárselo al cuidador de forma exhaustiva para que este lo entienda y practique las recomendaciones que en él aparecen.

RECOMENDACIONES

PERSONA MAYOR

- Evitar el aislamiento
- Mantener contacto con viejas amistades
- Recibir visitas aunque sean breves
- Abrirse a hacer cosas nuevas
- Participar con la comunidad en actividades sociales
- Hacer voluntariado
- Atender sus propias necesidades personales (compra peluquería, médico, etc.)
- Mantenerse activo
- Tener teléfono propio
- Tener control sobre sus pertenencias
- Abrir y enviar su propia correspondencia o estar informado de ella
- Obtener consejo legal siempre que pueda para ciertos trámites
- Evitar dejar la casa desatendida
- Ocuparse siempre que se pueda de uno mismo (higiene, etc.)
- Procurar ser independiente
- Pedir ayuda si se necesita

CUIDADOR INFORMAL

- Cuidar al cuidador (salir, ganar tiempo para uno mismo, tomar tiempo de descanso)
 - Mantener vínculos cercanos con parientes y amigos
 - Encontrar fuentes de ayuda y UTILIZARLAS
 - Cuidar la propia salud
 - Comprometer a otros familiares o acceder a determinados recursos
 - Potenciar la independencia de la persona mayor
 - Planificación y organización con vistas de futuro
 - Acudir a recursos de desahogo o terapia
 - Formación en cuidados (Nadie nace aprendido)
- EVITAR**
- Ofrecer cuidados a los que no se puede hacer frente
 - Ignorar las propias limitaciones
 - Pensamientos de que la persona mayor es un problema
 - Impedir la independencia de la persona mayor
 - Etiquetar sus esfuerzos como un fracaso

➤ **Sesiones de desahogo y sobrecarga**

Primeramente, decir que esto se ha organizado a partir de sugerencias de cierta bibliografía junto con aportaciones propias.(2)

La idea es programar sesiones en el mismo centro de Atención Primaria con el cuidador informal que las requiera. Serían sesiones de una hora aproximadamente en las que se tratarían temas de información, de manejo y adquisición de habilidades.

Sería una sesión que tiene que demandar el propio cuidador y sería impartida conjuntamente por el/ la trabajador social y un/a enfermero/a. Como ya he dicho sería una sola sesión (aunque si el cuidador requiere de más no habría problema) en la que se hablaría de la persona mayor que está bajo su cuidado. Se tratarían temas de su deterioro, se le explicaría al cuidador en que consiste, qué consecuencias tiene, como se va degenerando, etc.

También se trataría el tema de manejar los sentimientos. Como actuar en situaciones de estrés, ira, tristeza, sensación de fracaso, etc. Y por último, se le darían consejo de manejo de personas mayores que explicaría con exclusividad la parte de enfermería. Y comprendería temas como la higiene, el manejo de instrumentos y tecnologías (grúas, etc.).

La sesión que se plantea, está dividida en tres módulos. Un primer módulo destinado a la información, el segundo a los sentimientos y el tercero a las habilidades de manejo.

- **MÓDULO 1: Información**

La idea principal es que el cuidador cuente al profesional cual es la patología o trastorno o conducta (por ejemplo una demencia) que ha llevado a esta situación de MTPM o de sobrecarga.

El profesional en este primer módulo se centraría en informar acerca de en qué consiste ese problema, que actitudes o conductas acarrea, que soluciones hay, como se debe manejar a la persona mayor, etc.

En segundo lugar, el profesional le informará de los recursos que existen para solventar o mejorar el problema ya sean centros residenciales, unidad de memoria, centros de salud mental, talleres, centros de día, etc.

- **MÓDULO 2: Manejo de Sentimientos**

El profesional entrena al cuidador para que aprenda técnicas para afrontar y disminuir la intensidad de aquellos sentimientos que más le afecten; como la tristeza, la culpa, la ira, etc.

Las técnicas de control emocional que se utilizarían en esta fase serían la relajación, trabajar la asertividad, aprender a administrar el tiempo, técnicas de organización, etc.

Además se intentaría ayudar al cuidador a reconocer e identificar emociones y sentimientos, comprender las causas que los producen, analizar las diferencias y relaciones entre lo que se piensa, se siente y se hace y aprender a expresar las emociones.

También se le enseñarían formas concretas de manejar ciertas emociones. Por ejemplo, para la ansiedad, aprender a respirar, distraerse con otro asunto, hacer ejercicio, etc.(52)

Se le darían como una serie de pautas a seguir para que cuando esas emociones se den en el hogar, no las descargue sobre la persona mayor que está bajo su cuidado.

- **MÓDULO 3: Habilidades de manejo**

Este módulo sería labor exclusiva de enfermería y consistiría en hacer que los cuidadores adquieran habilidades para responder ante comportamientos disruptivos de las personas a las que cuidan, así como para favorecer la promoción de la autonomía de la persona mayor y evitar dependencias precoces.

También sería importante tratar todo el tema de manejo de grúas, sillas de ruedas, camas, etc. Ya que si la persona mayor es dependiente, el hecho de que el cuidador sepa desenvolverse con estos aspectos facilitaría la relación y los cuidados.

Como punto y aparte de este apartado, decir también que en la localidad de Tafalla hay una sede de Cruz Roja, en la que se imparten cursos para cuidadores de desahogo, de manejo de personas mayores, etc. Además de ofrecer una inmensa cartera de servicios para personas mayores, que aparece en este proyecto como anexo 4.

4.4. CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN

Esta imagen se corresponde con el cronograma del proyecto que recoge desde su realización hasta su puesta en marcha.

Es una aproximación temporal de lo que se pretende llevar a cabo, sobre todo con la instauración de este en el centro de salud de Tafalla. Probablemente una vez instaurado, los tiempos cambien; pero no alterará la función del programa puesto que supondrá nada más que un cambio de fechas, las actividades y tareas a llevar a cabo se mantendrán.

	2015								2016				
	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.
DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA													
➤ Planteamiento de la propuesta													
➤ Definición de objetivos													
➤ Consecución de actividades y protocolos													
PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA													
➤ Ayuntamiento de Tafalla													
➤ Centro de Salud de Tafalla													
APROBACIÓN DEL PROGRAMA													
➤ Formación de profesionales													
➤ Establecimiento del equipo responsable													
➤ Reuniones de coordinación para la puesta en marcha													
PRUEBA PILOTO DEL PROGRAMA													
EVALUACIÓN INICIAL													
➤ Reunión de equipo													
➤ Planteamiento de errores													
➤ Proposición de mejoras													
➤ Posibles correcciones													
➤ Registro y memoria inicial													
PUESTA EN MARCHA													
➤ Reuniones semanales													
➤ Seguimientos													
➤ Afrontamiento de problemas													
➤ Coordinación con otros servicios													
EVALUACIÓN ANUAL													
➤ Memoria Anual													
➤ Registro de pacientes con MTPM													
➤ Investigaciones emergentes													

5. EVALUACION DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

La evaluación de este programa es esencial una vez que se haya puesto en marcha. Lo idóneo sería elaborar dos evaluaciones; una intermedia o de proceso, a los tres meses de progreso para comprobar que es posible llevarlo a cabo, que se están obteniendo resultados, para aplicarle mejoras y corregir errores, etc. Y otra evaluación final, que sería deseable hacerla anual, que se recoja en una memoria que registre la prevalencia de MTPM atendida, las resoluciones, los procesos, los problemas que hayan podido surgir, etc.

Es importante puesto que en ella se verán los aspectos importantes, permite ver el grado de cumplimiento de los objetivos que se plantean, favorece futuras tomas de decisiones, mejora el desarrollo de procesos futuros, sirve para comprobar errores y corregirlos, etc.

Hay que tener en cuenta criterios básicos como la eficacia (cumplimiento de objetivos), la eficiencia (relación entre los objetivos y los recursos utilizados), la pertinencia (adecuación del proyecto al problema), el impacto (resultados a largo plazo) y la viabilidad (si es posible llevarlo a cabo). Para comprobar todos estos criterios, son necesarios herramientas e indicadores específicos que nos muestren todo lo mencionado anteriormente.

5.1. INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

- EFICACIA (cumplimiento de objetivos):
 - Registro: Un registro exhaustivo de las situaciones de MTPM tratadas una vez implantado el programa ayudará a comprobar que existen casos, que es un problema de actualidad y que se cumple con los objetivos, es decir, que los casos se detectan gracias al programa.
 - Informe: Elaborar informes de cómo se han resuelto los casos ayudarán para corroborar que las pautas planteadas son las correctas, surgirán posibles mejoras y se corroborará que la actuación es integral, multidisciplinar y efectiva. es una forma de medir la actuación ante estas situaciones.
 - Actas: La realización de actas en las reuniones multidisciplinarias destaparán cómo se lleva el trabajo en equipo, si existen o no problemas de coordinación y comunicación y verificarán si las resoluciones de las situaciones de MTPM llegan a ser posibles.
 - Seguimiento de casos: Un seguimiento de casos encargado por un profesional concreto (por ejemplo el/la trabajador/a social) demostrará si la prevención y la actuación planteada por el programa esta siendo eficaz. Este seguimiento se podría llevar a cabo mediante llamadas telefónicas periódicas, visitas domiciliarias o citas programadas tanto con el cuidador como con la persona mayor.
- EFICIENCIA (relación entre los objetivos del programa y los recursos utilizados). La eficiencia del programa sería ideal si se logran los objetivos con un mínimo de gasto de recursos. En el planteamiento parece viable puesto que el tiempo de las consultas es lo único que se va a ver afectado por el programa. Quizás pudiera desbordarse puesto que Atención Primaria tiene un volumen de población grande y el tiempo es limitados, habría que comprobar que el tiempo que se le suma a las consultas y a las reuniones no afecta ni irrumpe en la labor cotidiana de los profesionales. Para ello, se podría estipular un tiempo máximo por consulta con estos pacientes, o bien derivarlos a un profesional único responsable de estos casos en cuanto a atención inicial (porque el resto del programa se lleva a cabo en equipo).

Para medir esto se podrían utilizar las siguientes herramientas:

- Registro de horario: Para comprobar si la implantación del programa absorbe más tiempo del necesario durante los primeros meses sería idóneo recoger o anotar el tiempo que lleva por visita llevar a cabo el programa.
- Cuestionario: Podría pasarse una vez al mes un cuestionario a los profesionales responsables del programa, que recoja aspectos como tiempo empleado por consulta, tiempo dedicado a las reuniones, a las memorias, etc. Con este cuestionario se podría comprobar cuanto tiempo de más se destina al programa, y si éste plantease un problema, quizás habría que buscar alternativas como contratar profesionales exclusivos para el programa, recortar en procedimientos, derivar a otros recursos, etc.
- PERTINENCIA (adecuación del proyecto al problema). Para comprobar que el programa se adecúa a la realidad social y a lo que se está considerando como un problema, es decir, los malos tratos, la única forma de hacerlo es mediante:
 - Registro de casos: Anotación del número de casos de MTPM que surgen y se abordan en el centro de salud. Considero que es la única forma de comprobar que el problema existe.
 - Informes de resolución: Consistiría en la redacción de informes que recojan los pasos seguidos desde que se detectan los malos tratos, hasta que se resuelven. Valdría para verificar si el programa se adapta al problema planteado.
Este método de evaluación lo llevaría a cabo solo durante el primer año porque con este tiempo basta para saber si el programa se adecúa a la realidad. Además supondrían un esfuerzo añadido cuya función es meramente informativa sobre el programa.
- IMPACTO (resultados a largo plazo). Para medirlos las herramientas a utilizar serían:
 - Memoria anual: en ella se recogerían los casos atendidos en el año y sus resoluciones. Así serviría para medir si el programa obtiene buenos resultados o no. Serviría para conocer prevalencias de MTPM en Navarra (que se desconocen por ausencia de estudios), para comprobar si se resuelven con éxito, para corregir posibles errores, etc.

- Estudios: Otra forma de comprobar si el programa tiene un gran impacto es si surgen o pueden surgir estudios e investigaciones a partir de los resultados obtenidos. Si vale de base para nuevas investigaciones, querría decir que los resultados son satisfactorios y que el programa es exitoso.
- Sesiones: Cuantificando cuantos cuidadores han acudido a las sesiones planteadas por el programa y midiendo los resultados con cuestionarios de satisfacción, también podríamos comprobar el nivel de impacto.

6. PRESUPUESTO

Primeramente decir que el presupuesto planteado representa los gastos imprescindibles, antes de implantar el proyecto. Son gastos de presentación al centro de salud de Tafalla, de desplazamiento del técnico responsable al centro, de papelería a la hora de la impresión de ejemplares, etc.

Es un presupuesto inicial. Una vez implantado el programa y llevado éste a cabo, los gastos aumentarán en cuanto a reuniones de evaluación, redacción de memorias, gastos administrativos para los registros de prevalencia, gastos para investigaciones y estudios que puedan surgir, etc. este otro presupuesto, sería asumido por el centro de salud que implante el programa puesto que no se puede predecir y dependerá de cuanto lejos se quiera llevar.

REMUNERACIONES	
Formación profesionales	400€
Técnico medio (responsable del programa)	1000€
GASTOS ADMINISTRATIVOS	
Impresiones y folletos	200€
TRASLADOS	
Salidas	100€
IMPREVISTOS	
Contratiempos	300€
TOTAL	2000€

7. BIBLIOGRAFÍA

(Orden de cita)

1. Gema Pérez-Rojo, María Izal, Ignacio Montorio, Pilar Regato, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. Medicina clínica. 2013.
2. Bernal AM. Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. In: Gutierrez JB, editor. Ministerio de trabajo y asuntos sociales ed2005.
3. Mora RM. Sobre el maltrato a personas mayores (MPM) y los terapeutas ocupacionales Terapia Ocupacional2004. Available from: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Maltrato_personas_mayores.shtml.
4. Carmen Risco Romero, María del Carmen Paniagua Vicioso, Gloria Jiménez Mendoza, María Dolores Poblador Curtó, Martínez LM, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. Medicina Clínica. 2005;125.
5. Salud) OOMdl. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen2011.
6. Sancho M. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del País Vasco; 2011.

7. A. Ruiz Sanmartín, J. Altet Torner, N. Porta Martí, P. Duaso Izquierdo, Solé MC, Requesens N, et al. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Atención Primaria. 2001.
8. Kessel H, Marín N, N M. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. In: Gerontología REdGy, editor.; Almería1996.
9. Montserrat Coma Solé, Jordi Muñoz Iranzo, Francesc Orfila Pernas, Lafarga MT. Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores Fundación Viure; 2007.
10. Maroto AM. El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. Informes Portal Mayores2005.
11. Artículo 14-29 de la Constitución Española. Derechos Humanos1978.
12. J. Daniel Rueda Estrada, Natividad de la Red Vega, César Vega García, Margarita Nieto Bedoya, Virtudes Niño Martín, Rodrigo Arquíaga Thireau, et al. El maltrato a las personas mayores:bases teóricas para su estudio Junta de Castilla y León2008.
13. (OMS) OMdlS. Capítulo 5: El maltrato de las personas mayores. Informe mundial sobre la violencia y la salud.
14. Philips LR. Abuso de ancianos: los dilemas del médico. Avances en Bioética, la violencia y el abandono de ancianos1996.

15. Sancho MT, Yuste A, Rojo GP. Malos tratos a personas mayores. Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2007.
16. Homans GC. Conducta social como intercambio. In: Requena TMTCyM, editor. Publicado originalmente en The American Journal of Sociology, 63 (mayo 1958).
17. pensamiento IPby. Herbert Blumer. Infoamérica.
18. Natalia Pérez Espinal, Sara Ramirez Sánchez, Lina Marcela Restrepo, Omar Alexander Rodríguez, Quijano VS. Univalle [Internet]2007. Available from: <http://interasimbolico.blogspot.com.es/>.
19. Valdes P. El interaccionismo simbólico ACADEMIA2015. Available from: [http://www.academia.edu/8831761/2. EL INTERACCIONISMO SIMB%C3%93LIC](http://www.academia.edu/8831761/2.EL_INTERACCIONISMO_SIMB%C3%93LIC)
[O.](http://www.academia.edu/8831761/2.EL_INTERACCIONISMO_SIMB%C3%93LIC)
20. Navarro SH. Vejez, género y etnia. 1998.
21. Peña B. La violencia de género en mujeres mayores de 65 años. 2013.
22. Bury M. Health and Illness1997.
23. Gago JGd. Teorías del envejecimiento. Tribuna del investigador2010.
24. Rojo GP. Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar. 2008.
25. (SENAMA) SNdAM. Definición y tipificación del maltrato al adulto mayor. Gobierno de Chile.

26. medicina Ed. Manual de geriatría: ABUSO o MALTRATO en el Adulto Mayor.
27. Alonso FG. El maltrato a las personas mayores. Sociedad.
28. Larocca F. El maltrato psicológico 2000. Available from: <http://letras-uruguay.espaciolatino.com/larocca/index.htm>.
29. Machado A. Maltrato en el anciano 2008. Available from: <http://www.efisioterapia.net/articulos/maltrato-el-anciano>.
30. Roman Frías, Betsy Azcona, Isaias Hernandez, Lopez I. La vejez [Internet]2011. Available from: <http://acercadelavejez.blogspot.com.es/>.
31. Psicología AAd. Abuso de personas mayores: cuando un familiar causa daño. Crimen, abuso, negligencia.
32. Aguirre MM. Previsiones contra el abuso sexual en tu vejez Familias2014. Available from: <http://familias.com/8-previsiones-contr-el-abuso-sexual-en-tu-vejez>.
33. Quinteros N. Informe: Maltrato a los adultos mayores. 2015.
34. Marta Arellano Pérez, Marisa Garreta Burriel, Alemany AMC. Negligencia, abuso, maltrato. Tratado de geriatría para residentes2011.
35. Salud OPdl. Abuso (maltrato) y negligencia (abandono). Guía de diagnóstico y manejo.
36. ética Gd. Obstinación terapéutica. 2012.

37. Sahuquillo MM. Envejecer en femenino: Universidad de Oviedo; 2014.
38. Marmolejo II. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. Centro Reina Sofía 2009.
39. mayores Odp. Maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. Perfiles y tendencias 2007.
40. Stephanie Carretero Gómez, Jorge Garcés Ferrer, Rigla FR. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial.
41. Benito CR. Prevención y detección de abusos y malos tratos en el anciano.
42. Sánchez SR, Charcos MJM. El abuso y el maltrato en la vejez. 2015.
43. Navarra Gd. Plan de Salud de Navarra. In: Salud Dd, editor. 2012.
44. Arzamendi JLdlC. El maltrato de personas mayores: detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. 2006.
45. Tafalla Ad. Área de Sanidad y Servicios Sociales. Available from: <http://www.tafalla.es/centro-de-salud-servicios/>.
46. Negro AdM. Indicadores de negligencia y maltrato en ancianos. 2008.
47. Armas KC. El maltrato en el anciano: Universidad de Cantabria; 2013.
48. Constitución Española, artículo 10, (1978).

49. EIMA ApalIdMalADM, Coma Solé eDJMI, Dr. Francesc Orfila Pernas, Dra. C. Mercè Tabuena, class="">Lafarga f. Protocolo de actuación: Prevenir y actuar contra los malos tratos a personas mayores. In: Cataluña DdASGd, editor. 2007.
50. Fernández Herrero MÁ, Fuster Ribera R, Illa Lahuerta C, López Sanmiguel M. Guía de intervención del trabajo social sanitario. 2012.
51. Alonso MdCF. Malos tratos a los ancianos. 2003.
52. Carvajal MN, Fernández MF. Manejo y expresión de sentimientos para la promoción de la salud mental. Escuela de Trabajo Social
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Costa Rica
2003.
53. Residencias de tercera edad en Navarra TerceraEdad.org2014. Available from:
<http://www.tercera-edad.org/residencias.asp?en=Navarra&PageIndex=3>.
54. Navarra Gd. Centros de día para personas mayores. Available from:
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Dependencia/Centros/ResidenciasCentrosDia/.
55. Española CR. Personas mayores. Disponible en:
http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=659,12329695&_dad=portal30&_schema=PORTAL30.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario de detección de situaciones de MTPM

DETECCIÓN: Cuestionario

¿Quién cuida de usted en casa?	
¿Cree usted que lo hace bien?	
¿Se siente usted bien en su hogar?	
¿Tiene miedo de la persona que le cuida?	
¿Considera que se le trata con cariño respeto?	
¿Se siente seguro en el sitio en que vive y con quien vive?	
¿Está usted solo mucho tiempo?	
¿Cómo es un día normal para usted desde que se levanta?	
¿Considera que se podría mejorar algo en sus cuidados	

personales?	
¿Tienen en cuenta las cosas que usted desearía hacer?	
¿Alguien le ha obligado a hacer cosas que usted no desea hacer?	
¿Alguien le ha negado alguna vez comida o medicación?	
¿Alguien le ha gritado o castigado alguna vez?	

ANEXO 2: Alternativas a la situación de malos tratos en la convivencia familiar

CENTROS RESIDENCIALES/ PISOS TUTELADOS	
Patronato de la Residencia de Ancianos Aita Barandiaran	Alsasua
Residencia San José	Aoiz
Residencia Virgen de Jerusalén	Artajona
Patronato Hogar Sta. Elena	Barásoain
Centro Hospitalario Benito Menni	Baztán
HH. Hospitalarias del S .C. J. - Residencia María Josefa Recio	Baztán
Residencia de Ancianos y jubilados Francisco Joaquín Iriarte	Baztán
Amma Betelu	Betelu
Residencia de Ancianos San Gregorio	Buñuel
Residencia Landazabal	Burlada
Residencia Salus Infirmorum	Burlada
José Ramón Zalduendo	Caparroso
Residencia de Ancianos Virgen de Gracia	Cárcar
Residencia de Ancianos Nuestra Sra. del Rosario	Carcastillo
Hogar Nuestra Sra. del Rosario	Cascante
Residencia Solidaridad	Castejón
Patronato Municipal San Francisco de Asís	Cintruénigo
Residencia Hogar de San José	Corella
Fundación Carmen Bellido - Residencia de Ancianos	Cortes
Amma Ibañeta	Erro
Residencia de Ancianos San Jerónimo	Estella
Residencia Santo Domingo de Estella	Estella
Sanitas Residencial Luz de Estella	Estellax
Residencia San Francisco Javier	Falcesx
Residencia San Raimundo	Fitero
Residencia San Miguel	Funesx
Residencia de Tercera Edad Ciudad Jardín	Iza
Residencia Nuestra Sra. del Pilar	Lerin
Andra Mari Zaharren Egoitza	Lesaka
Residencia de Ancianos Sta. María	Los Arcos
Residencia de Ancianos San Isidro	Lumbier
Residencia San Bartolomé	Marcilla
Residencia Mendavia	Mendavia
Complejo Residencial Gerontológicos El Pinar	Milagro
Residencia de Ancianos Virgen del Castillo	Miranda de Arga
Residencia de Ancianos Betania	Muruzabal
Amma Mutilva	Mutilva
Monasterio Sta. Engracia	Olite
Residencia de Ancianos La Milagrosa	Olite
Amma Oblatas	Pamplona
Amma Argaray	Pamplona
Apartamentos de Puente la Reina	Pamplona
Apartamentos Tutelados Arga	Pamplona
Apartamentos Tutelados Ermitagaña	Pamplona
Apartamentos Tutelados Irunlarrea	Pamplona
Apartamentos Tutelados Leyre	Pamplona
Casa de Misericordia Pamplona	Pamplona
Centro psicogeriatrico San Francisco Javier	Pamplona
Clínica psiquiátrica Padre Menni	Pamplona
Clínica San Fermín	Pamplona

Colegio Calasanz - Escolapios	Pamplona
Residencia de Tercera Edad El Vergel	Pamplona
Residencia Hnitas. de los Pobres	Pamplona
Residencia La Vaguada	Pamplona
Residencia Padre Esteban de Adoain	Pamplona
Residencia Religiosas Angélicas	Pamplona
Residencia Religiosas del Sagrado Corazón	Pamplona
Residencia sacerdotes del seminario	Pamplona
Sanitas Residencial El Mirador	Pamplona
Vivienda comunitaria La Milagrosa	Pamplona
Vivienda comunitaria Sarasate	Pamplona
Hospital de San Miguel y Asilo de D. Miguel Revuelta	Peralta x
Centro Residencial de Ancianos dependientes San Adrián	San Adrián
Residencia Santa Zita	San Martín de Unx
Residencia de Ancianos Virgen del Carmen	Sesma
Hospital Nuestra Señora de la Caridad	Tafalla
Residencia San Francisco Javier	Tafalla
Residencia San Manuel y San Severino	Tafalla
Fundación Don Miguel Eza - Residencia Nuestra Sra. de Gracia	Tudela
Real Casa Misericordia	Tudela
Residencia de Ancianos San José	Valtierra
Nuestra Sra. de la Paz - Ursulinas	Villava
Fraternidad Luis Amigó	Zizur Mayor
(53)	

CENTROS DE DÍA	
<u>Residencia Aita Barandiarán</u>	Alsasua
<u>Residencia Santo Domingo</u>	Estella
<u>Residencia El Vergel</u>	Pamplona
<u>Residencia San Francisco Javier</u>	Pamplona
<u>Centro Infanta Elena</u>	Cordovilla
<u>Residencia y centro de día Oncineta</u>	Estella
<u>Centro de día Monjardín</u>	Pamplona
<u>Centro San José</u>	Pamplona
<u>Centro Valle del Roncal</u>	Pamplona
<u>Centro La Atalaya</u>	Tudela
<u>Las Hayas</u>	Sarriguren
(54)	

ANEXO 3: Páginas web útiles de recursos para situaciones de MTPM

- Política Social Gobierno de Navarra
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/
- Buscador de Servicios Sociales de Base
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Servicios+sociales+de+base/Buscador/
- Servicios Sociales para personas mayores
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Personas+mayores/Preguntas+mas+frecuentes/AsuntosSociales/PersonasIndividuales/Sobre+servicios+y+ayudas/recursosmayores.htm
- Cartera de Servicios Sociales de Tafalla:
<http://prueba.tafalla.es/files/2012/09/CARTERA-SERVICIOS-SOCIALES1.pdf>
- Cruz Roja. Personas Mayores. Servicios:
http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=659,12329695&_dad=portal30&_schema=PORTAL30
- Ayuntamiento de Tafalla. Sanidad. Centro de Salud
<http://www.tafalla.es/centro-de-salud-servicios/>

ANEXO 4: Cruz Roja Española (Tafalla)

Este anexo está extraído de la página oficial de Cruz Roja en la que aparecen todas las alternativas y recursos que existen para las personas mayores en Navarra, y que pueden aplicarse aquellas personas mayores que sufren o han sufrido MTPM.(55)



- **Ayuda a domicilio básica:** Asistir a personas mayores y discapacitadas en su cuidado personal y necesidades domésticas son los fines de esta labor desarrollada en sus domicilios
- **Ayuda a domicilio complementaria:** Las personas mayores reciben el acompañamiento del voluntariado de Cruz Roja para salir a la calle a realizar gestiones, de paseo, etcétera; aunque si esto no es posible el acompañamiento se realiza en el domicilio.
- **Teleasistencia domiciliaria:** Un servicio telefónico de uso sumamente sencillo mantiene conectados a los usuarios con la institución ante cualquier eventualidad que pudiera surgir en el hogar a cualquier hora cualquier día del año
- **Transporte adaptado:** Más de 30.000 personas mayores o con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales pueden desarrollar una vida activa gracias a los vehículos especiales de Cruz Roja: para visitar los Centros de Día, para rehabilitación, a visitas culturales...
- **Centros de día o servicios de estancias diurnas:** Muchos mayores o discapacitados permanecen durante la jornada diaria en enclaves donde desarrollan actividades de mejora de su estado físico o anímico así como su calidad de vida. Esto además posibilita a sus familiares conciliar una vida laboral, horas de ocio o de descanso.
- **Apoyo a familiares y cuidadores:** Un eje básico en el panorama asistencial de las personas dependientes es el que atañe a los familiares y cuidadores. Desde Cruz Roja se les ofrece actividades de apoyo psicológico, de respiro,

asesoramiento y formación así como destrezas para el autocuidado de los familiares dependientes.

- **Viviendas tuteladas:** Cuando las personas mayores necesitan una ayuda continuada y carecen de una red social y familiar, o cuando no poseen una vivienda, encuentran como alternativa las viviendas tuteladas de Cruz Roja. Sus moradores sobrepasan las 1.350 personas.
- **Otros cuidados fuera del entorno habitual:** Cuando la vivienda de los beneficiarios no reúnen las condiciones necesarias de habitabilidad existen centros residenciales y proyectos de acogimiento familiar en los que se atiende a mayores que acusan una gran pérdida de autonomía personal.
- **Promoción del envejecimiento saludable:** El aprendizaje en el uso del ordenador, o en el de los teléfonos móviles, el cultivo de pequeñas parcelas agrícolas, el fomento de la autoayuda en enfermos crónicos, etc., son algunas de las actividades que, incidiendo en lo físico, anímico o social, desarrollan hábitos saludables y consolidan la autonomía de sus usuarios.